This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

**Usage guidelines**

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

**About Google Book Search**

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

**A propos de ce livre**

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

**Consignes d'utilisation**

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

**À propos du service Google Recherche de Livres**

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

UC-NRLF
B 3 730 001

MEDICAL SCHOOL
LIBRARY

SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII

EX LIBRIS

# ARCHIVES

DE

# NEUROLOGIE

# ARCHIVES

DE

# NEUROLOGIE

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY.

# ARCHIVES
DE
# NEUROLOGIE

REVUE

## DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

**J.-M. CHARCOT**

AVEC LA COLLABORATION DE

MM. BALLET, BERNARD, BITOT (P.-A.), BLANCHARD, BONNAIRE (E.) BOUCHEREAU, BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), CHARPENTIER, COTARD DANILLO, DEBOVE (M.), DELASIAUVE, DURET, DUVAL (MATHIAS), FERRIER, GÉRENTE, GOMBAULT, GRASSET, HUCHARD, JOFFROY (A.), KELLER, KÉRAVAL (P.), KOJEWNIKOF, LANDOUZY, LEFLAIVE, LEGRAND DU SAULLE, MAGNAN, MARIE, MAYGRIER, MAYOR, MIERZEJEWSKY, MUSGRAVE-CLAY, PARINAUD, PIERRET, PIGNOL, PITRES, RAYMOND, REGNARD (P.), RICHER (P.), SÉGLAS, SEGUIN (E.-C.), SIKORSKY, TALAMON, TEINTURIER (E.), THULIÉ (H.), TROISIER (E.), VAILLARD, VIGOUROUX (R.), VOISIN (J.), WUILLAMIÉ.

*Rédacteur en chef :* **BOURNEVILLE**
*Secrétaire de la rédaction :* **CH. FÉRÉ**
*Dessinateur :* **LEURA.**

---

**Tome VI. — 1883.**

Avec 8 planches noires ou en couleur et 6 figures dans le texte.

PARIS
BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, *rue des Carmes.*

1883

Vol. VI. Juillet 1883. N° 16.

# ARCHIVES DE NEUROLOGIE

## CLINIQUE NERVEUSE

### DE LA CÉPHALÉE DES ADOLESCENTS;

Par le Dr Théodore KELLER[1].

Presqu'au début de notre carrière médicale, M. le professeur Charcot nous envoyait, pour le soumettre à un traitement hydrothérapique, un jeune malade affecté d'une céphalée tenace qui l'empêchait de se livrer à ses études depuis plusieurs années. Cette affection nous parut curieuse et nous fîmes des recherches pour trouver une relation de faits analogues. Toutes nos recherches furent infructueuses. M. Charcot, à qui nous nous adressâmes alors, voulut bien nous éclairer sur le sujet. Il nous apprit que cet état était assez fréquent chez les jeunes gens, mais qu'il n'avait guère attiré

[1] Nous avons publié un résumé de cet article dans le *Progrès médical* du 25 novembre 1882. De son côté, le Dr René Blache vient de faire paraître une étude fort intéressante sur cette même question dans la *Revue mensuelle de l'Enfance*, numéro d'avril 1883. Il a donné à l'affection le nom de « *Céphalalgie de croissance* ». En comparant nos deux articles, on pourra constater que nos opinions se sont rencontrées sur la plupart des points.



8987

jusqu'alors l'attention des auteurs. Il nous engagea à prendre note des cas du même genre que nous pourrions observer, et à en faire à l'occasion un examen plus approfondi. Nous nous sommes conformé à ces conseils, et c'est le résultat de ces observations que nous allons reproduire ici.

Nous exposerons d'abord les faits tels qu'ils se sont présentés à nous.

Observation I.—M. A..., âgé de dix-huit ans, grand et beau garçon, fils d'un artiste des plus distingués. Il n'y a ni rhumatisants, ni goutteux dans la famille.

A... a eu, au dire de sa mère, une enfance un peu délicate, mais sans qu'il y ait eu cependant rien de bien particulier à signaler dans sa santé. Il était intelligent et apprenait très facilement. Jusqu'à l'âge de douze ans, il a été instruit en dehors des écoles. A cet âge, on le plaça au lycée. Il commença alors à se plaindre de douleurs de tête, qu'on croyait d'abord causées par la chaleur du poêle et le gaz. Mais bientôt son travail ne put plus être qu'intermittent. L'enfant restait souvent plusieurs jours de suite à la maison pour se reposer, les maux de tête devenant de plus en plus violents. Enfin, au mois de mai de l'année suivante, il dut interrompre complètement ses études et, depuis cette époque, il lui fut impossible de jamais terminer tout à fait une année scolaire.

L'enfant passa ses vacances à la campagne. Sous l'influence du repos et du grand air, son état s'améliora; mais, à la rentrée des classes, les maux de tête le reprirent, et il ne put de nouveau suivre les cours que moyennant de fréquentes interruptions. Il quitta le collège, comme l'année précédente, au mois de juin, et retourna à la campagne où, encore une fois, le repos lui procura du soulagement. L'année qui suivit fut encore plus mauvaise que les précédentes. Les maux de tête devinrent plus tenaces et plus violents; il y eut, en outre, des vomissements assez fréquents. Cette année-là, il fut incapable de toute application intellectuelle. L'idée seule d'essayer de lire une ligne lui était pénible. Le sommeil, qui avait été bon jusqu'à ce moment, se troubla aussi et le jeune malade eut des nuits entières où il ne dormit pas. Enfin, le moral fut affecté à son tour et l'enfant, découragé,

tomba dans une hypochondrie profonde. Il évitait toute société et fuyait toute distraction. On avait essayé en vain bien des médications. Un autre retour à la campagne ne modifia pas beaucoup cet état. Au mois d'octobre suivant, il ne fut même pas question de replacer le jeune homme au lycée. Il passa entièrement cette année-là à ne rien faire, ou plutôt il ne prit que de rares leçons chez lui. Vers le mois de mars, le médecin de la famille conseilla l'hydrothérapie, et l'on mena le jeune homme dans un gymnase du quartier. Mais cette hydrothérapie, loin de soulager le malade, parut aggraver son état. Il fallut, au bout de trois semaines, renoncer à ce traitement. C'est alors que les parents désolés allèrent consulter M. Charcot. Celui-ci rassura la famille, déclara que le jeune homme guérirait, et me l'adressa.

Voici ce que je constatai chez A.., qui avait alors dix-sept ans. Il se plaint d'une douleur qu'il localise sur le devant du front ; il lui semble qu'un arc de cercle se resserre douloureusement dans cette région. Par moments, cette douleur devient tout à fait aiguë et s'accompagne de battements et d'élancements dans la profondeur. La douleur est presque continuelle ; elle ne paraît guère se calmer que pendant le temps consacré aux repas. Autrefois, elle était moins forte le matin et augmentait dans la journée ; mais, maintenant que le malade ne dort pas, il n'y a plus de répit matinal. La moindre lecture, même la plus petite tension d'esprit, aggrave les sensations. Depuis deux mois le malade n'a pour ainsi dire pas fermé l'œil. Il rend souvent ses repas et a fréquemment des nausées et des vomissements de glaires qui coïncident avec les paroxysmes de son mal. L'appétit est cependant assez bien conservé. Les changements de temps sont vivement ressentis ; le malade préfère, en général, le temps mou et humide au temps froid et sec. La pression exercée sur le crâne ne provoque de douleurs dans aucun point, les nerfs sous-orbitaires ne sont point sensibles, la souffrance ne s'étend pas aux yeux, la vue est bonne, les pupilles sont dans l'état normal.

A... commença son traitement le 1er juin. Je lui administrai une douche froide matin et soir. Quelques jours après, je fis précéder la douche d'un bain de pieds à eau courante. Dès les premiers jours de ce traitement les douleurs de tête diminuèrent, les vomissements s'arrêtèrent. Mais l'insomnie persista. Je lui prescrivis alors une dose de 1 gramme 50 de

chloral, le soir, au moment de se coucher. La nuit fut excellente. Le lendemain, je réduisis la dose à 1 gramme; elle suffit pour amener le sommeil. Le jour suivant, le malade se sentant disposé à dormir supprima de lui-même le médicament. Il passa une fort bonne nuit et, à partir de ce moment, le sommeil ne fit pas défaut. Les effets de l'hydrothérapie s'accentuèrent alors rapidement. Au bout de deux mois, les maux de tête avaient presque totalement disparu. Le malade pouvait lire et travailler plusieurs heures par jour, sans trop de fatigue. Il partit pour la compagne, où je lui recommandais l'exercice au grand air et des bains de rivière.

Au mois d'octobre, il rentra au lycée. Il commença sa préparation au baccalauréat ès lettres, et travailla activement jusqu'au mois de juin. Il n'était pas complètement affranchi de ses douleurs de tête; mais celles-ci ne revenaient avec un peu d'intensité que lorsqu'il se surmenait, et le repos suffisait pour les calmer. Mais, vers le mois de juin, ayant à fournir un travail plus soutenu pour la fin de l'année qui approchait, les douleurs reprirent avec plus d'intensité. Le jeune homme revint alors me trouver, et il recommença son traitement. Il prit une douche par jour, le soir, après la classe, pour dissiper la fatigue. Cette simple précaution lui permit de continuer ses études. Il passa son baccalauréat avec des notes satisfaisantes. L'année suivante, il voulut se préparer au baccalauréat ès sciences. Mais le travail des mathématiques lui parut trop pénible; il eut peur d'une rechute et, comme il se destinait à la carrière artistique de son père, il abandonna ses études pour se vouer à la peinture. En 1880, A... fit son volontariat dans l'artillerie, sans passer un seul jour à l'infirmerie, et sans que le mal ait reparu. Depuis, il s'est bien porté, et il est en voie de devenir un artiste distingué. Il a encore quelquefois des maux de tête, mais ce n'est plus jamais qu'une indisposition passagère.

Observation II. — M. B..., âgé de dix-huit ans, m'est adressé au mois de juin 1877 par M. le professeur Charcot et M. le docteur Bonin. La mère du jeune homme est morte phthisique, il y a quelques années. L'intelligence de X... a toujours été un peu paresseuse. A seize ans, il n'était encore qu'en seconde. Au mois de mai de cette année scolaire, il commença à ressentir des maux de tête qui, d'abord légers, ne tardèrent pas à devenir plus forts et à entraver ses études. Il

dut quitter les classes vers le mois de juin, et partit pour la campagne. Là, les douleurs s'amoindrirent, mais pas assez pour que, à la rentrée, il pût retourner au lycée. On lui donna un précepteur qui le fit travailler avec beaucoup de difficulté pendant toute cette année. L'année suivante, il retourna en classe, mais ses études furent si peu fructueuses, qu'il ne put même pas se présenter avec ses camarades aux épreuves du baccalauréat. Les douleurs de tête étaient devenues de nouveau beaucoup plus intenses. Le jeune malade me fut amené au mois de juin suivant. Il se plaignait alors d'une douleur siégeant à la région frontale et grande, disait-il, comme une pièce de cinq francs. Cette douleur était légère le matin ; elle se développait pendant la journée, et était, par moments, excessivement pénible. Tout travail de tête l'exaspérait. Le jeune homme, qui avait beaucoup grandi dans les dernières années, avait mauvaise mine, était triste, plongé dans une hypochondrie profonde.

J'eus peu de succès avec ce malade. A la quatrième séance, il quitta le traitement, sans que j'en susse les raisons. J'ai appris récemment, par le docteur Bonin, qu'après les deux dernières douches, il avait eu de la surexcitation et comme des accès de fièvre, avec sueur nocturne. La famille inquiète et le docteur Bonin, qui redoutait l'hérédité tuberculeuse chez le malade, firent suspendre le traitement. Le jeune homme ne m'avait rien dit de ce qu'il avait ressenti. Obligé de venir de la campagne, il faisait, du reste, son traitement avec beaucoup de répugnance. Il est probable que, s'il m'avait parlé de ce qu'il éprouvait, j'eusse pu, en modifiant ma manière de procéder, faire cesser rapidement les phénomènes qui s'étaient produits, et amender l'état céphalique, comme cela m'a réussi dans tous les autres cas. La suite de l'histoire est d'ailleurs instructive. Il essaya vainement bien des médications. La seule chose qui lui fit du bien, ce fut un changement d'air de six mois, en Alsace. Mais il n'a jamais pu guérir et, actuellement, à l'âge de vingt-trois ans, il est encore dans le même état qu'il y a cinq ans.

Observation III. — M. C..., âgé actuellement de quinze ans, né de père et mère arthritiques, fils unique. Il n'a jamais été malade jusqu'en 1878. Bien doué et apprenant facilement, il a été instruit à la maison par un précepteur, qui nous dit n'avoir jamais eu qu'à se louer de son élève. En juillet 1878, à l'âge de onze ans, l'enfant était à la campagne, où il passait ordinaire-

ment huit mois de l'année, lorsqu'un beau matin il accusa, sans cause bien appréciable, un violent mal de tête, accompagné d'étourdissements et de maux de cœur. Cet état, qu'on crut d'abord passager et qu'on traita par un purgatif, et puis par du bromure de potassium, résista à ces moyens thérapeutiques. Seul l'état gastrique s'amenda ; mais les douleurs de tête persistèrent. L'enfant, jusque-là d'un caractère facile et plutôt gai, devint triste et irascible. Il entrait en colère pour la moindre observation et poussait quelquefois l'irritation si loin qu'il avait de véritables attaques de nerfs, pendant lesquelles il se roulait par terre. Pendant ces crises, le seul moyen de le calmer était de le laisser seul et de l'abandonner à lui-même. Dès les premiers jours, on fut obligé de suspendre toute étude, la moindre application de l'esprit ravivait les douleurs. L'enfant ne se trouvait, en général, soulagé qu'au grand air qu'il recherchait instinctivement. Dans sa chambre, il ouvrait les fenêtres. Il n'avait de répit que pendant les moments qui suivaient les repas ; pendant la nuit, il conservait le sommeil. Au mois d'août, comme l'état ne s'améliorait pas, on emmena l'enfant à Ragatz, sur les conseils du Dr Blache, médecin de la famille, à Paris. La cure lui fit un peu de bien, en ce sens qu'il fut plus calme, et que la douleur de tête diminua d'intensité ; mais il ne fut pas question de reprendre les études et l'automne et l'hiver se passèrent dans ces conditions.

Rentré à Paris au mois de mars, on recourut à l'hydrothérapie. Mais, cette fois, la médication ne parut pas réussir. Au bout de deux mois, le mal avait encore augmenté et l'on dut renoncer à ce mode de traitement. On retourna à Ragatz pendant l'été. Nouvelle amélioration pendant le séjour aux eaux. Mais, après Ragatz, on monta à Saint-Moritz et, là, tout l'effet de la cure thermale se perdit. L'automne et l'hiver s'écoulèrent, comme les précédents à la campagne, et sans que l'enfant pût reprendre ses études. Au printemps, le Dr Blache appela M. Charcot en consultation. Ces messieurs décidèrent qu'il fallait en revenir à l'hydrothérapie, et ils m'adressèrent le jeune malade, qui avait alors treize ans.

Voici ce dont il se plaignait. Il ressent, dit-il, une sensation de tension qui siège uniquement sur le devant du front. Cette sensation, tolérable en temps ordinaire, devient douloureuse dans toute l'acception du mot aussitôt qu'il veut appliquer son attention soit à une lecture, soit à un récit, soit à une simple

conversation. La douleur est nettement limitée à la région frontale. Jamais elle ne s'élève au delà du front, ou ne s'étend aux régions latérales ou postérieures de la tête. L'exploration du crâne ne révèle aucune sensibilité à la pression. La douleur ne descend pas dans les yeux. L'enfant est légèrement hypermétrope, mais M. Perrin, consulté à cet égard, ne rattache pas l'affection nerveuse à ce défaut de la vue. Les verres, appropriés à cet état, ne lui ont du reste apporté aucun soulagement. La lumière ne lui est pas particulièrement désagréable. Il ne recherche ni l'obscurité, ni l'ombre. La douleur est moins forte le matin que le soir; elle cesse ordinairement pendant les repas et l'heure qui les suit. Il se porte moins bien par le temps humide et lourd que par le temps froid et sec. L'enfant est d'un tempérament lymphatique; les oreilles sont habituellement congestionnées; il est sujet aux engelures et a toujours les pieds et les mains glacés. L'appétit et le sommeil ont toujours été bons, si ce n'est au début de la maladie, comme nous l'avons dit.

Le traitement fut commencé le 1er mai, et consista en une douche froide administrée matin et soir. Dès les premiers jours, il y eut une légère amélioration après chaque douche. L'enfant, qui avait recommencé l'hydrothérapie avec la plus grande répugnance, encouragé par ce résultat, suivit bientôt son traitement presque avec plaisir. L'amélioration s'accentua très vite. Un mois à peine s'était écoulé qu'il recommençait à lire et à étudier une heure par jour. Il partit pour la campagne, au mois de juillet, en excellente disposition. Le mal de tête ne le reprenait que quand le travail était trop prolongé. Mais alors le repos suffisait pour l'apaiser. L'enfant était de nouveau gai et d'humeur facile. Il avait retrouvé son caractère d'autrefois, disait sa mère.

Il resta à la campagne, comme d'habitude, jusqu'au mois de janvier; mais cette fois, sans qu'il y eût de rechute. Il revint à Paris au printemps; mais, à peine de retour, il fut atteint d'un épanchement rhumatismal dans le genou, qui le maintint couché pendant une dizaine de jours. Les maux de tête reparurent pendant ce temps. Aussi, quand il fut entré en convalescence, le Dr Blache jugea à propos de lui faire reprendre son traitement hydrothérapique et me le renvoya. Nous donnâmes alors au malade des douches écossaises pendant quelques jours; puis nous reprîmes les douches froides aussitôt que la guérison du

genou nous parut suffisamment consolidée. Le résultat de ce second traitement fut plus rapide encore que celui de l'année précédente. Au bout de trois semaines, l'enfant reprit ses études, et put travailler deux heures le matin et deux heures le soir. Au troisième mois, il put même prolonger davantage ce temps de travail. Il ne prit alors qu'une seule douche par jour, habituellement le soir, vers cinq heures. Au mois d'août, l'enfant repartit pour la campagne, et ne revint à Paris qu'au mois de mars suivant. Il n'avait pas eu de rechute durant cet intervalle. Il reprit alors sa douche quotidienne, et, grâce à elle, passa un excellent été, travaillant à la satisfaction de ses maîtres. L'automne dernier, on le trouva assez bien pour le placer dans une institution privée, et il y entra dans la classe correspondant à son âge. Mais les conditions hygiéniques de la pension ne lui convinrent probablement pas; il ne put en outre prendre sa douche qu'une ou deux fois la semaine. Aussi les douleurs de tête reparurent à deux ou trois reprises avec assez d'intensité; mais quelques jours passés au grand air de la campagne en ont eu chaque fois facilement raison. Depuis le nouvel an, l'enfant est rentré chez lui et fréquente l'école comme externe. Il continue régulièrement son traitement hydrothérapique; les maux de tête ont complètement disparu, et, au jour où nous imprimons ces lignes (1er juin), tout fait prévoir que notre jeune malade passera son baccalauréat à la fin de l'année.

Observation IV. — D..., âgé de treize ans, fils unique d'une mère bien portante et d'un père n'ayant éprouvé que de légères atteintes de rhumatisme musculaire. Cet enfant a toujours été d'une santé délicate. A deux ans, il eut une inflammation d'intestin assez grave; à neuf ans, une angine couenneuse, qui fut suivie d'une coqueluche très intense et de très longue durée. L'enfant fit sa première instruction facilement. Ce fut sa mère qui s'occupa d'abord de lui; il fut envoyé ensuite dans une école préparatoire jusqu'à neuf ans. Il avait, à cette époque, des maux de tête assez fréquents; mais on les mettait, en général, sur le compte de troubles digestifs, l'estomac étant toujours resté fort délicat. A neuf ans, l'enfant fut placé au collége Sainte-Marie et y resta six mois, travaillant bien et obtenant les meilleures places. Mais, après ces six mois, il commença à éprouver des maux de tête qui, d'abord de courte durée, devinrent bientôt plus tenaces et le forcèrent souvent à interrompre ses études pendant plusieurs jours. Il

put néanmoins terminer son année scolaire et eut même un certain nombre de prix. On passa les vacances au bord de la mer, mais l'enfant n'y fut pas soulagé.

Il rentra au collége au mois d'octobre. Mais, au bout de peu de jours, les maux de tête qui n'avaient jamais complètement disparu, s'aggravèrent, et, cette fois, d'une façon si vive et si continue, qu'après différentes tentatives on dut se résigner à faire sortir l'enfant du collége. Différentes médications furent mises en usage, mais sans résultat. Le Dr Bucquoy, médecin de la famille, conseilla le repos absolu et puis un séjour dans le Midi. Mais rien n'y fit et, vers le mois d'août, l'enfant revint à Paris dans le même état.

A Pâques, on tenta de remettre l'enfant à l'école. A force de courage, il put suivre les cours pendant deux mois, mais, en juillet, vaincu par la souffrance, il dut y renoncer de nouveau et on le ramena à la mer. Cette fois encore, il n'y eut pas de changement bien appréciable dans sa situation.

Les vacances achevées, on plaça l'enfant à l'école de la rue de Madrid. Il y contracta la rougeole au bout de trois à quatre semaines. On espéra tout d'abord que cette affection aiguë allait débarrasser l'enfant de sa céphalalgie, mais il n'en fut rien. Bien au contraire, l'état empira de telle sorte qu'il fut bientôt obligé de quitter de nouveau l'école. Le Dr Bucquoy fut alors d'avis de tenter la gymnastique et l'hydrothérapie, et on envoya l'enfant dans un gymnase. Mais il dut renoncer à ce mode de traitement qui parut aggraver ses douleurs. On lui donna alors un précepteur pour essayer de le faire travailler dans des conditions plus faciles. Mais, au bout d'un mois, l'abbé, chargé de cette mission, dit qu'il était impossible de faire étudier l'enfant, et il conseilla aux parents d'interrompre tout travail.

Au mois de juillet, on emmena l'enfant au Righi. Pendant tout le mois qu'il séjourna sur cette montagne, il se sentit réellement soulagé. Mais, dès qu'il fut descendu du Righi à Vevey, les maux de tête le ressaisirent. L'enfant y eut aussi des accès de fièvre, à caractère intermittent, qui venaient surtout la nuit. L'appétit fut troublé à partir de ce moment.

Au mois d'octobre, le Dr Bucquoy conseilla d'essayer de l'école d'Arcueil où l'enfant se trouverait dans des conditions hygiéniques meilleures qu'à Paris. Mais les accès de fièvre devinrent plus forts. Ils apparaissaient avec beaucoup de

régularité vers cinq heures de l'après-midi et duraient de trois à quatre heures. L'accès était nettement caractérisé par ses trois stades habituels. Le Dr Bucquoy essaya en vain le sulfate de quinine contre cet état.

Au mois de novembre, le Dr Bucquoy conseilla de recourir de nouveau à l'hydrothérapie, mais plus méthodiquement cette fois, et il eut l'obligeance de m'adresser le jeune malade. Celui-ci avait alors douze ans. Voici ce que l'examen du malade nous apprit. L'enfant se plaint d'une douleur, dont il fixe le siége dans la région frontale, et qui, dit-il, ne dépasse point la racine des cheveux. Quelquefois cependant, quand les symptômes sont très violents, après une tentative de travail, par exemple, la douleur s'étend un peu vers le sommet de la tête, mais elle ne gagne jamais la région occipitale. L'enfant compare cette douleur à une pression très énergique. « C'est comme l'on me griffait dans l'intérieur du crâne, comme si l'on m'y pinçait », dit-il. Cette douleur est par moment très vive. Il la sent, en général, le matin dès son réveil, mais elle est alors supportable. Elle s'aggrave toujours dans la matinée, surtout si l'enfant veut s'appliquer. Il y a une légère rémission immédiatement après le déjeuner. Il dort bien, mais tardivement quelquefois. La mémoire reste excellente. L'enfant est très affecté de son état ; il est animé des meilleures intentions et ne désire que reprendre ses études. Malgré ces interruptions, il sait bien ce qu'il a appris, et l'avis de son professeur d'Arcueil est qu'il rattraperait rapidement ses camarades, s'il pouvait travailler avec un peu de suite. L'enfant se plaint d'avoir toujours les pieds et les mains glacés, surtout quand le mal de tête est plus fort, et cela même pendant les plus grandes chaleurs.

Le changement de temps ne paraît pas l'impressionner. Il n'a jamais eu de douleurs rhumatismales.

Les accès de fièvre revenaient à cette époque tous les jours à cinq heures.

L'enfant commença son traitement le 10 novembre. Douche froide matin et soir. Au bout de huit jours, la fièvre fut coupée. La douche de l'après-midi fut donnée d'ailleurs vers quatre heures et demie, pour obtenir l'effet anti-périodique. Celui-ci se manifesta dès le début du traitement à peu près comme l'a indiqué Fleury, c'est-à-dire que les accès s'éloignèrent et diminuèrent d'intensité. Au bout du dixième jour, ils avaient totalement disparu. La douleur de tête subit aussi rapidement

l'influence du traitement. Vers la sixième semaine, elle avait presque totalement cédé, et l'enfant put commencer à lire un peu. On se contenta cependant de lui donner une gouvernante allemande, qui lui enseigna cette langue, dans laquelle il fit de rapides progrès. A partir du mois de février, il put recommencer des études plus sérieuses et travailler une ou deux heures par jour, tout en suivant son traitement. Enfin, au mois de mai, l'état parut si satisfaisant au Dr Bucquoy, qu'il consentit à ce que l'enfant retourne au collége d'Arcueil. Mais la séparation impressionna vivement l'enfant. Il eut, le soir de son entrée, une crise de désespoir très grande. Il surmonta cependant son chagrin et se remit avec ardeur au travail. Mais, au bout de quelques semaines, l'état céphalique reparut et s'aggrava rapidement. On temporisa quelques jours, mais on dut bientôt faire quitter le collége à l'enfant. Comme la saison s'avançait, le Dr Bucquoy conseilla aux parents de se rendre avec l'enfant aux eaux de Saint-Nectaire, dont il avait souvent constaté l'heureux effet dans cette affection. Pendant tout le temps du séjour à Saint-Nectaire, l'enfant se porta très bien ; mais, à peine rentré à la campagne, il fut repris de sa céphalée. Il retourna malgré cela à l'école au mois d'octobre, mais dut la quitter vers le milieu de novembre, pour recommencer son traitement hydrothérapique. En peu de jours, les douleurs disparurent une nouvelle fois, et l'on se proposait de remettre l'enfant en classe, quand, le jour de Noël, étant à l'église, il fut repris subitement de ses douleurs, et cela avec une très grande intensité.

Observation V. — D..., âgé de quinze ans, né de parents bien portants ; pas de diathèse dans la famille. Le jeune malade a eu la fièvre typhoïde à l'âge de deux ans, et, peu après, la scarlatine. Il s'est ensuite bien porté jusqu'à l'âge de onze ans où il entra au collége Sainte-Marie comme pensionnaire, après avoir commencé son instruction à la maison. Un jour que la fenêtre était restée ouverte dans le dortoir, il se réveilla le matin avec de la fièvre et un violent mal de tête qu'il compare à celui qu'il a ressenti depuis. On fit revenir l'enfant à la maison, et on le soigna pendant une huitaine de jours, après lesquels il se porta de nouveau bien et put reprendre ses études. Mais, dans les derniers mois de l'année scolaire, les douleurs de tête reparurent avec assez de violence. Doué de beaucoup d'énergie et d'amour-propre, l'enfant n'en persista pas moins dans ses études, et il

eut neuf nominations à la distribution des prix. Pendant ces deux mois, la douleur de tête ne se manifestait du reste qu'après le travail; elle cessait le soir, aussitôt qu'il était au lit. L'enfant passa l'été à la campagne, et là, les douleurs de tête cessèrent complètement. Du reste, il n'étudia que très peu durant toute cette période, et mena au grand air une vie très active.

En octobre, il retourna au collége. Pendant les trois premiers mois, tout alla bien. Mais, après cette époque, le mal de tête reparut, et il s'aggrava bientôt tellement que l'enfant dut quitter le collége au mois de janvier. M. Maurice Raynaud conseilla alors l'hydrothérapie. Mais, au bout de trois semaines, on dut y renoncer, les douleurs paraissant s'aggraver. L'enfant resta chez lui jusqu'au mois de juillet. On l'envoya alors à Bagnères-de-Bigorre; mais le traitement n'eut point d'action favorable, et il revint des eaux comme il y était allé. On essaya de le remettre au collége, mais en vain. On lui donna alors un précepteur, qui le fit travailler une ou deux heures par jour, avec beaucoup de difficulté. Au bout d'une heure d'application, les douleurs revenaient avec une telle intensité qu'on était obligé de suspendre la séance.

L'été suivant, on fit une saison à Bourbonne-les-Bains, qui ne donna pas de résultat. L'hiver de 1881 à 1882 se passa comme les précédents, sans que l'enfant put travailler plus d'une heure par jour. Au mois de mai, le Dr Jules Simon, qui avait remplacé M. Maurice Raynaud dans la famille, m'adressa le jeune malade, pour reprendre la cure hydrothérapique.

A ce moment, l'enfant avait quinze ans. Il y avait quatre ans qu'il était souffrant, et près de trois ans qu'il avait quitté l'école. Il nous dit ressentir une douleur sur le devant du front. Il compare cette douleur à quelque chose qui le serrerait violemment dans la profondeur du cerveau. La douleur devient presque aiguë à certains moments. C'est alors, dit-il, comme si on le tenaillait dans ce point. La douleur reste limitée au front. Cependant, à certains moments, il éprouve une sensation de vive chaleur sur le sommet de la tête. A la pression, pas de douleur sur aucune partie du crâne.

Le sommeil est en général très calme et, quand il se réveille, il ne sent pas sa douleur. Celle-ci ne le reprend que vers dix heures ou plus tôt, s'il se met au travail. Souvent, le visage est un peu congestionné, les joues et les oreilles sont chaudes.

Le déjeuner fait disparaître la douleur pour une heure environ. Il souffre autant debout que couché. Le grand air le soulage et il passe actuellement une partie de la journée en vélocipède. Le temps froid et le vent sec lui sont désagréables. Les pieds sont habituellement froids. L'appétit est bon, la digestion aussi. Le moral, qui a été très affecté, il y a un an, est de nouveau meilleur.

Au moment où le malade nous est amené, il peut à peine travailler une heure par jour, le matin. La cure fut commencée le 10 mai. Le résultat en fut très rapide. Dès les premières douches, il y eut une accalmie assez marquée après chaque séance et, au bout d'un mois, l'enfant n'éprouvait plus ses douleurs que tous les deux ou trois jours et particulièrement quand, pour une raison ou pour une autre, il n'avait pas pris sa douche. Au mois de juillet, elles avaient presque totalement disparu, le travail pouvait être soutenu sans peine, plusieurs heures de suite. L'enfant partit pour la campagne vers les premiers jours d'août dans un état excessivement satisfaisant. Il revint à Paris au mois d'octobre, absolument bien portant, et retourna au lycée, pour la première fois depuis trois ans. Il a continué ses douches, et, au jour où nous écrivons ces lignes, il n'a pas eu de rechute, et il est un des premiers élèves de sa classe.

J'ajouterai à cette observation que la mère m'amena dans les quinze derniers jours son jeune frère, âgé de onze ans, qui commençait à présenter des symptômes analogues à ceux de son aîné : ils disparurent avec quelques douches. Mais, à la rentrée, ils ont reparu un peu, et l'enfant vient de reprendre son traitement tout en continuant à suivre les classes.

Observation VI. — D..., âgé de treize ans, me fut adressé au mois de mars 1879 par mon ami le Dr Cheurlot. Cet enfant n'a jamais été bien malade. La famille n'est pas arthritique. Il est entré de bonne heure au lycée Fontanes dont il a suivi les cours avec la plus grande régularité. Il a toujours bien travaillé et on le compte parmi les meilleurs élèves de sa classe. Depuis environ six mois, l'enfant se plaint de maux de tête qui, assez faibles au début, sont allés toujours en augmentant. Depuis quelques semaines, ils ont pris tant d'intensité que les parents ont dû faire quitter pendant plusieurs jours le lycée à l'enfant, pour lui donner un peu de repos. Mais, comme les douleurs n'ont pas cessé pendant cette interruption, et que

l'enfant est plein d'ardeur pour ses études, il a voulu reprendre malgré ses souffrances. Ce n'est cependant qu'avec de grands efforts de volonté qu'il parvient souvent à terminer sa classe.

Interrogé sur le siège et la nature de sa douleur, l'enfant nous dit qu'elle ne réside que sur le devant du front. Il lui semble que sa tête se resserre dans ce point, qu'il y a quelque chose qui le comprime violemment. Le sommeil est conservé. Le matin, au réveil, l'enfant ne souffre pas, mais les douleurs reprennent aussitôt qu'il s'applique. Les pieds et les mains sont habituellement froids. L'appétit et la digestion sont bons ; il y a une certaine constipation. Le moral est affecté, au dire de la mère. L'enfant fuit volontiers les distractions depuis qu'il est souffrant. Les résultats du traitement hydrothérapique furent très rapides dans ce cas. Pour pouvoir continuer ses études, l'enfant ne vient prendre qu'une douche par jour, le soir après la classe. Malgré ces conditions imparfaites, les douleurs diminuèrent dès les premiers jours, et elles avaient presque totalement disparu au bout de quelques semaines. L'enfant put terminer son année scolaire de la façon la plus satisfaisante. Nous n'avons point revu cet enfant l'année suivante. Mais le Dr Cheurlot nous a dit depuis qu'il avait continué à se bien porter, et qu'il avait passé en 1882 son baccalauréat avec d'excellentes notes.

Observation VII. — C'est celle d'un jeune Américain, qui nous fut amené par un de nos malades, pour lui faire suivre une cure hydrothérapique. Cet enfant n'avait jamais eu d'autre maladie que des fièvres intermittentes, qu'il avait contractées dans son pays; mais dont il était débarrassé depuis deux ans. C'était un beau et vigoureux garçon, fort intelligent. Il avait rapidement appris le français depuis son séjour à Paris et s'exprimait très facilement. Depuis un an, il se plaignait de maux de tête siégeant sur le devant du front, et qui, disait-il, étaient devenus excessivement pénibles. Il avait commencé par fréquenter une école à Paris; mais, depuis qu'il avait ses douleurs de tête, il avait dû y renoncer complètement. Il avait un professeur qui lui donnait des leçons à la maison; mais ces leçons ne pouvaient être prises qu'avec la plus grande irrégularité.

L'enfant resta environ trois mois à Paris et suivit son traitement pendant tout ce temps. Il était à peu près affranchi de ses douleurs, quand il quitta la France, et pouvait de nouveau travailler d'une façon fort satisfaisante.

Observation VIII. — X..., né d'un père rhumatisant, a commencé à souffrir de la tête à huit ans. La douleur était frontale et s'accompagnait d'élancements dans la profondeur. Le malade nous dit qu'il ressentait par moments comme un globe qui se resserrait d'une façon des plus douloureuse dans l'intérieur du cerveau. Cette année il ne put presque rien faire pour son instruction et passa tout l'été en Suisse. Au mois d'octobre il entra au lycée de Vanves, et il put y travailler durant toute une année. Mais, l'année suivante, le mal de tête reparut avec une telle intensité qu'on fut obligé de retirer l'enfant du collège. Le docteur Monod, son médecin, me l'adressa alors, pour le soumettre à un traitement hydrothérapique. Au bout de peu de semaines, ses douleurs avaient disparu et, au mois d'avril, il put reprendre avec fruit ses études, en continuant son traitement dans la mesure que lui permettait la règle du lycée. L'enfant atteignit ainsi l'âge de quatorze ans, n'ayant eu que de très légères rechutes, dues toujours à une interruption trop prolongée du traitement. Mais, au mois de septembre de l'année 1879, il fut pris d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé. Il eut des maux de tête extrêmement violents pendant tout le temps de cette maladie, qui dura près de trois mois. Ces douleurs ressemblaient en tout point à celles qu'il ressentait habituellement et n'occupaient, même au plus fort des souffrances, que la région frontale. Il passa sa convalescence à Pau et puis à Biarritz. Mais dans cette station il se déclara une congestion cérébrale intense. Il perdit connaissance dès le début et eut ensuite des douleurs de tête atroces, que l'application continuelle de la glace pouvait seule calmer. En été, cure à Luxeuil ; elle fut mal tolérée. Ensuite saison de trois mois à Divonne qui fit beaucoup de bien, et permit à l'enfant de reprendre ses études à la rentrée. Mais les douleurs de tête reparurent, de telle sorte qu'il ne put travailler et échoua au baccalauréat. En 1881, cure à Wildbad, pendant laquelle les douleurs de tête augmentèrent de la matière la plus vive. Il se déclara aussi une nouvelle attaque de rhumatisme articulaire, mais elle ne dura que peu de temps. Un séjour dans la Forêt-Noire amena une nouvelle et sérieuse amélioration, et X... put reprendre ses études à la rentrée. Cette fois, il put travailler plus fructueusement et passer son baccalauréat au mois de novembre dernier. Cependant X... nous a dit que, dans les dernières semaines, les maux de tête étaient devenus de nouveau

si violents que, quelques jours plus tard, il lui eut été impossible de se présenter à son examen.

Observation IX. — Mlle X..., née de père et de mère bien portants. Grand parents du côté maternel morts de la poitrine. Cette enfant, âgée aujourd'hui de douze ans, m'a été amenée, il y a deux ans, pour des maux de tête, qui préoccupaient beaucoup les parents. Il y avait un an qu'elle en souffrait. Ils étaient assez violents pour empêcher complètement les études. La douleur revêtait les mêmes caractères que ceux de nos malades précédents. Au bout de quinze jours de traitement, un confrère conseilla la cessation de l'hydrothérapie, par crainte d'une méningite. L'enfant resta deux ans dans le même état et m'a été adressée de nouveau, il y a quelques semaines, par M. le Dr Millard. Sous l'influence de l'hydrothérapie les maux de tête ont cédé cette fois rapidement. La malade continue son traitement actuellement.

Observation X. — X..., âgé de dix ans. Il est le fils d'une dame hystérique, actuellement en traitement à notre établissement. Il a ressenti, pendant toute l'année scolaire passée, des douleurs frontales très vives qu'il compara à de violents coups de marteau. Les douleurs, faibles le matin, s'exaspéraient le soir après la classe ; il a dû souvent interrompre ses études pendant plusieurs jours de suite. Il a passé ses vacances dernières tout entières à la campagne et aux bords de la mer ; il en a obtenu un excellent effet. Il a pu reprendre ses classes à la rentrée et a été placé à l'institution Sainte-Barbe de Fontenay-aux-Roses. Cependant, depuis quelques semaines, ses douleurs reparaissent de temps en temps. C'est un garçon intelligent et travailleur.

Observation XI.— X..., âgé de douze ans. Sa mère a eu des coliques hépatiques. Rien à signaler de particulier dans la première enfance, si ce n'est une tendance à l'urticaire qui a été heureusement modifiée par deux cures à Uriage.

L'enfant a été placé à sept ans et demi dans une école préparatoire, et, depuis deux ans, il suit les cours du lycée. Il a toujours appris facilement et c'est un élève très studieux.

Les maux de tête ont débuté chez lui il y a dix-huit mois, mais, pendant toute une année, ils ont été passagers et peu intenses. Ce n'est que vers la fin de l'année scolaire passée qu'ils

ont commencé à troubler un peu le travail. Mais, à la rentrée suivante, au bout d'une quinzaine de jours, ils sont devenus si persistants et si forts que l'enfant était souvent obligé de rentrer à la maison après le déjeuner et de cesser tout travail. Depuis quinze jours on s'est décidé, sur l'avis du Dr Manigault, à lui faire interrompre ses études complètement et à le soumettre à l'hydrothérapie.

*État actuel.* — L'enfant est un peu pâle; il a beaucoup grandi, au dire de son père, dans les deux dernières années; il va avoir douze ans. Il se plaint d'une douleur siégeant au front, et qu'il compare à un sentiment très douloureux. Le mal va en augmentant dans la journée et souvent est plus fort après les repas. L'appétit, le sommeil sont bons; l'enfant n'est pas fatigué physiquement, il peut se promener très longtemps, le moral n'est pas affecté. Dès les premiers jours du traitement il y eut une amélioration sensible. Au moment où nous publions ces lignes, l'enfant ne se plaint plus de ses douleurs.

(*A suivre.*)

# PATHOLOGIE MENTALE

## QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉVOLUTION DU DÉLIRE DANS LA VÉSANIE;

Par le Dr PAUL GÉRENTE [1].

Depuis le siècle dernier, ce qu'on peut appeler la science de l'aliénation mentale a fait, certes, de grands progrès; pourtant, aujourd'hui encore, même avec les

[1] Ces quelques pages contiennent les premières conclusions d'une étude que nous poursuivons depuis cinq ans; nous comptons publier notre travail prochainement, avec les nombreuses observations cliniques qui nous ont amené précisément à ces conclusions.

traités classiques de nos maîtres, on se reconnaît difficilement au milieu de toutes ces *monomanies* si nombreuses[1]. Ne serait-il pas possible de démêler quelques lignes générales, quelques lois qui pussent nous servir de guide? — Assurément, ces lois générales n'auront rien d'absolu, pas plus que quoi que ce soit dans le domaine de nos connaissances : tirées de faits empiriquement observés, elles ne sauraient avoir elles-mêmes qu'un caractère empirique[2]; plus d'une fois, elles devront être vérifiées.

Mais comment doivent être recherchés les faits que nous voulons étudier? Il ne suffit pas d'examiner les divers organes, et d'interroger le malade à son arrivée; il ne suffit pas de se réduire au rôle passif de secrétaire, de noter simplement les diverses saillies du délire, en un mot, le spectacle extérieur. Il faut rechercher les antécédents de toutes sortes; il faut scruter l'être intime du malade, gagner sa confiance, vivre même avec lui, durant un certain temps, et alors explorer les régions diverses de son intelligence, sonder les divers points de sa sensibilité affective et morale, mais surtout de ce que nous appellerons avec Cerise[3] et Morel[4] le *sens émotif*. C'est alors seulement que nous pourrons scientifiquement étudier l'aliéné,

[1] Voyez Guislain. — *Leçons orales sur les phrénopathies* : de la 4e à la 12e leçon. Paris et Gand, 1880.

[2] Voyez Bouchard. — *Cours de pathologie générale de* 1879-1880. Première leçon, p. 8 et 9. Paris, 1882.

[3] Voyez Cerise. — 1° *Lettres à M. le Dr Longet*; 2° *Des fonctions et des maladies nerveuses dans leurs rapports avec l'éducation sociale et privée, morale et physique.*

[4] Morel. — *Etudes cliniques. Traité théorique et pratique des maladies mentales*, IIIe partie. Paris et Nancy, 1852-1853.

c'est-à-dire, comme l'indique notre maître M. Magnan, dans sa leçon à l'asile Sainte-Anne, en 1877, sur l'*Examen clinique dans les maladies mentales*, « suivre « les symptômes dans leur évolution successive et les « subordonner les uns aux autres. » « Ainsi, ajoute-« t-il, nous puiserons dans la marche de la maladie « les éléments les plus importants du diagnostic et du « pronostic. » Telle est la méthode que nous avons essayé de suivre.

Après une longue étude d'aliénés délirants chroniques, qu'il nous a été donné d'observer en assez grand nombre, et de suivre durant un certain temps, il nous a semblé qu'il se dégageait un type assez net : c'est précisément à élucider l'évolution de cette affection mentale particulière que sont consacrées les pages présentes. — En botanique, en zoologie, on a décrit anciennement, comme des variétés d'êtres parfaitement distinctes, des formes que récemment une observation plus attentive a reconnues n'être, en réalité, que les aspects divers d'un même individu, aux divers moments de son évolution. Il en a été de même en pathologie humaine, par exemple, pour diverses affections de la peau. — Il nous semble qu'il en est de même encore pour la pathologie mentale : on a décrit comme des entités irréductibles certaines monomanies que nous croyons être simplement les aspects successifs d'une même *vésanie* aux différentes époques de son évolution.

Mais, dès le début, que ceci soit bien entendu : nous ne nous occuperons ni des délires toxiques, ni des délires liés à quelque névrose (épilepsie, hystérie, etc.),

ni des délires liés à quelque lésion organique que nous connaissions (paralysie générale, athéromes cérébraux, hémorrhagies ou ramollissements, tubercules, etc.). Notre terrain d'observation est exclusivement circonscrit aux délires chroniques chez les vésaniques purs, depuis les premiers débuts encore confus jusqu'à la démence confirmée : ce que nous voulons étudier, c'est l'*évolution du délire dans la vésanie.*

Les vésaniques qui se sont montrés à nous jusqu'ici, et sur les antécédents desquels nous avons pu être renseigné, étaient tous des héréditaires. N'est pas aliéné le premier venu : il faut une longue incubation. En dehors des délires toxiques, des névroses, des fièvres et des lésions organiques connues, il faut au moins une ou deux générations qui préparent le terrain. — Nous savons qu'un grand nombre d'aliénistes contemporains, et des plus considérables par leur position, n'attribuent pas à l'hérédité, à la dégénérescence, une influence aussi prépondérante dans la genèse des vésanies. Et, en effet, quand un malade se présente au médecin, l'enquête est toujours difficile, parfois impossible, au sujet de l'hérédité; la famille, les parents se retranchent et échappent souvent derrière des réticences le plus souvent voulues, parfois même inconscientes. — Pourtant, toutes les fois qu'il nous a été donné de pénétrer un peu ces arcanes, nous avons toujours trouvé la marque, la tare indélébile qui se transmet des aïeux aux descendants sous des formes assez variables, mais qui passe toujours d'une génération à l'autre, héritage obligé. Tantôt ce sont des névroses, tantôt des empoisonnements chroniques

(alcoolisme, ...), tantôt des anomalies ou de l'intelligence, ou du sentiment, ou de la volonté, auxquelles personne ne faisait attention peut-être, mais qui n'en imprimaient pas moins leur cachet sur l'individu et sur sa postérité.

Prédisposé de la sorte par son hérédité, le patient peut, à la rigueur, traverser la vie sans notable accident du côté mental, s'il se développe et s'il évolue dans un milieu physique et moral favorable, si, en un mot, son *hygiène* (au sens le plus élevé du terme) convient. Mais, qu'il lui survienne quelque infortune : son équilibre mental, si fragile, en éprouve une première secousse, parfois suffisante. Que le malheur succède au malheur, comme il arrive souvent dans notre société, où la lutte pour l'existence paraît atteindre son summum; le *prédisposé* succombe : c'est un aliéné.

Prenons le malade au moment même de sa chute, au moment où il va devenir, où il est devenu *aliéné*; quels sont les premiers phénomènes qu'il présente?

Au début de toute aliénation mentale, il y a une douleur. Cette vérité a été mise en relief, surtout par Guislain [1], J.-P. Falret [2] et son élève Morel [3], dans les derniers temps; par J. de Smeth [4] et Christian [5] parmi nos contemporains. Mais il faut de plus, chez le malade, une prédisposition toute spéciale (quelle qu'en

[1] Guislain. — *Op. cit.*

[2] J.-P. Falret. — *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés.* — *Leçons cliniques.* Paris, 1864.

[3] Morel. — *Op. cit.*

[4] *De la mélancolie.* — *Étude médicale*, par Joseph de Smeth. Bruxelles, 1872.

[5] *Etude sur la mélancolie*, par M. le Dr J. Christian. Paris, 1876.

soit l'origine, le plus souvent héréditaire, comme il a été dit plus haut); il faut, chez lui, une réceptivité, une impressionnabilité anormale, une perversion douloureuse de la sensibilité morale; il faut, si je puis m'exprimer ainsi, une *hyperalgésie mentale.*

A bien les étudier, on constate un autre caractère morbide encore chez tous les *prédisposés*, qu'ils deviennent ou non aliénés, qu'ils échappent ou non à une chute, toujours imminente dès les premiers malheurs. On les appelle plus ou moins des *hypochondriaques* : appliqué en ce sens général, l'expression est impropre, si l'on veut s'en référer à l'étymologie; mais nous l'admettons pour faciliter le langage, puisque c'est le terme reçu. Ce sont des êtres qui ont pour habitude de se replier sur eux-mêmes, de se scruter jusqu'en leurs moindres douleurs physiques, ou bien qui, suivant leur organisme, suivant leur intelligence, suivant la sphère où ils vivent, aimeront chaque jour à méditer sur le plus passager de leurs sentiments, sur la plus futile de leurs intentions; qu'on me pardonne cette expression irrévérencieuse : ce sont des *ruminants.* Que de « journaux intimes », que de « confessions », que d' « autobiographies », etc., nous a valus cette disposition mentale dans la première moitié de ce siècle et même encore aujourd'hui ! Sans chercher beaucoup, qu'il serait facile, dans notre littérature, de réunir toute une série de livres (dont quelques-uns fort remarquables) ayant ce caractère morbide ! Chez tous ces sensitifs, à un degré plus ou moins intense, on retrouve l'*hypochondrie mentale*, (le néologisme est de Guislain). Les sensations physiques et morales étudiées au microscope sont amplifiées, et dès lors l'équi-

libre de l'intellect devient plus difficile à maintenir; pour y réussir, il faut une domination de soi plus ou moins énergique.

Chez l'aliéné, au moment de la chute, cette domination, cette possession de soi-même disparaît; reste dès lors chez lui, sans contre-poids et suscitant le délire, l'*hypochondrie mentale*. Au moins, l'avons-nous observée sans exception chaque fois qu'il nous a été possible de connaître chez nos malades les débuts de leur affection mentale. Notre expérience est sans doute un peu jeune, mais elle se trouve confirmée par le sentiment de Morel, un de ceux qui ont le mieux vécu avec les aliénés et qui les ont le mieux connus; et, d'autre part, un de nos maîtres, dont l'expérience est des plus étendues, et à qui nous soumettions la question, nous disait qu'il était arrivé aux mêmes conclusions.

Parfois, cette *hypochondrie mentale* est assez légère pour permettre au malade de se mêler encore à la société. Que d'individus nous côtoyons ainsi dans le monde, ayant avec eux souvent les plus aimables relations! on les traite d' « originaux », de « maniaques » au sens vulgaire; et l'on passe. — Mais que, précisément, il survienne quelque *douleur*, cette hypochondrie mentale s'accentue; le malade étant d'ailleurs dès sa naissance ce qu'on appelle un *débile*, ou bien s'étant *affaibli mentalement* au cours de son existence, ne peut plus se posséder, se retenir; il est absorbé par cette préoccupation de son état douloureux, ou moral, ou physique; bientôt, il ne s'appartient plus, et tombe sous le coup d'une angoisse, d'une anxiété, qui, parfois, le mène aux plus tristes impulsions, par exemple au suicide : nous avons un aliéné. Tels sont les phéno-

mènes généraux qu'on retrouve au début de toute aliénation : 1° hypochondrie mentale ou physique; 2° douleur, surtout morale; 3° perte de l'équilibre mental.

Continuons notre étude. Des troubles de la sensibilité générale ou spéciale, troubles plus ou moins mobiles, plus ou moins nombreux, plus ou moins intenses, peuvent se produire; ils servent alors de texte aux interprétations délirantes les plus variées. Mais ce délire lui-même peut se développer de différentes manières. — Ou bien le malade reste cantonné dans son hypochondrie mentale, dans son hypochondrie physique; peu à peu, il y organise tout un système de délire, et alors, affaibli intellectuellement, il finit, délirant chronique, par se stéréotyper, se momifier dans ses préoccupatious hypochondriaques, toujours les mêmes. Ou bien, d'autres sentiments, mais toujours de caractère pénible, par exemple de la démonomanie, des craintes de persécution, etc., viennent s'ajouter aux préoccupations hypochondriaques, tout en laissant à celles-ci le premier rang. Ces sentiments sont peu consistants, ne gardent jamais dans le délire qu'un rôle accessoire, et inquiètent peu le malade; au bout d'un certain temps même, ces idées de persécution (pour continuer un de ces exemples) viennent à disparaître, sans jamais avoir occupé une grande place. Le délire hypochondriaque, systématisé et devenu absolument chronique, reste seul. Ou enfin, venant s'ajouter à l'hypochondrie du malade, ces sentiments pénibles, de formes diverses, prendront au contraire peu à peu le dessus, et modifieront le sens du délire, lui imprimeront une évolution nouvelle.

Cette évolution du délire passant de la forme hypochondriaque à d'autres formes, comme de stade en stade, est fort intéressante à suivre. Sa possibilité, du reste, connue depuis longtemps, n'est pas contestée. Esquirol[1] cite dans son livre un cas des plus explicites, où le malade, d'abord hypochondriaque, devint persécuté et finit par se croire le fils de Louis XVI, dauphin de France; on en retrouve encore divers exemples, *passim*, dans ce même ouvrage. Broussais[2] admet comme très fréquent ce fait que, chez un malade, divers délires viennent succéder au délire hypochondriaque. Brachet[3] pense de même. Michéa[4] donne une observation très nette, empruntée à Brierre de Boismont, où le délire, d'abord hypochondriaque, se transforme plus tard en une démonomanie. A. Foville fils[5] enfin apporte, lui aussi, une observation.

Ce que l'on conteste, en dehors des malades à délire hypochondriaque chronique, c'est que le début de l'évolution vésanique soit constamment l'hypochondrie ou mentale, ou physique. Morel pourtant, dont l'expérience clinique était si vaste, a présenté ce fait comme étant la règle constante chez les vésaniques héréditaires; il en a donné, dans ses *Études cliniques*, plusieurs exemples, dont un[6], très remarquable, nous montre la succession des préoccupations hypochondriaques, du délire des persécutions et des idées de

[1] Esquirol. — *Maladies mentales*, t. II, p. 12 à 16. Paris, 1838.

[2] Broussais. — *De l'irritation et de la folie*, t. II, p. 15. Paris, 1839.

[3] Brachet. — *De l'hypochondrie*, p. 449. Paris, 1844.

[4] Michéa. — *De l'hypochondrie*, p. 115 à 122. Paris, 1845.

[5] Ach. Foville fils. — *Etude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs*, p. 37 du mémoire; observation VI. Paris, 1871.

[6] Morel. — *Op. citat.*, t. Ier, p. 163 à 166 et 363 à 367.

grandeur; il a enfin développé cette proposition en divers endroits de son *Traité des maladies mentales*[1]. Pour nous, bien que M. A. Foville fils combatte[2] la thèse de Morel, et ne la regarde comme admissible que dans la minorité des cas, nous adoptons pleinement les idées de Morel sur ce sujet. Tous les vésaniques, en effet, comme nous l'avons déjà dit plus haut, dont nous avons pu connaître et noter les débuts, avaient commencé par être des hypochondriaques. Résultant, pour nous, du dépouillement même de toutes les observations que nous avons pu recueillir sur ce point, ce fait nous paraît être une vérité essentiellement clinique.

Quelles sont précisément les formes par lesquelles peut évoluer le délire vésanique, ultérieurement au début hypochondriaque? Ces formes, singulièrement variables, dépendent du milieu, c'est-à-dire de l'époque, du pays, de la société, des idées et des passions dominantes, de l'éducation passée et du tempérament de l'individu, etc.; mais elles ont toutes certains caractères communs. Dans une première période, en effet, le patient souffre, est déprimé, se concentre péniblement sur lui-même, et réagit de diverses façons. Que nous trouvions chez lui la jalousie, la démonophobie, la toxicophobie, le délire des persécutions, etc., peu importe; nous n'avons point là d'entités irréductibles, nous n'avons que des formes accessoires : le fond essentiel, c'est le *sentiment de dépression*, *de contraction*

[1] Morel. — *Traité des maladies mentales*, p. 265 et suiv., 419 et suiv., 714 et suiv. Paris, 1860.

[2] Ach. Foville fils. — *Op. citat.*, p. 45 du mémoire.

*pénible sur soi-même*, coïncidant avec la *perversion douloureuse du sens émotif*[1]. — Plus tard viendra une autre période dont nous parlerons quand il sera temps.

Quant aux troubles de la sensibilité, ils servent, toutes les fois qu'ils existent, de matériaux à l'édification du délire : mais eux non plus ne paraissent point essentiels dans la vésanie ; à notre avis, du moins, ils ne sont qu'un élément relativement accessoire. Sans doute, ils aident dans une plus ou moins large mesure au délire par les interprétations erronées auxquelles ils donnent lieu ; mais ces interprétations mêmes varient suivant l'époque et portent l'empreinte du sentiment qui domine à ce moment de l'évolution vésanique : c'est ce sentiment de *dépression*, de *concentration pénible*, encore une fois, qui est bien le facteur capital. — Telle est notre conviction, après avoir observé et suivi longuement nos malades, et, d'autre part, après avoir analysé précisément les faits mêmes qu'on présente à l'appui de la théorie contraire, laquelle donne aux troubles sensoriels le rôle principal dans la production du délire.

Cette première période de l'évolution du délire vésanique, on pourrait donc l'appeler *période de dépression*, *de concentration pénible*, d'après le sentiment commun qui se retrouve au fond de ses formes les plus diverses, et qui est sa marque caractéristique. Après la phase d'hypochondrie qui en constitue comme la porte d'entrée, nous trouvons que, d'abord, les sentiments, les idées pénibles sont assez confus, assez mal déterminés dans tel ou tel sens. Cependant, l'affaiblissement men-

[1] Voyez Cerise et Morel, *loc. cit.*

tal, déjà de date plus ou moins ancienne, apparaît de plus en plus : l'activité d'intelligence, la sensibilité affective, en réalité, diminuent, car il ne faut point s'en tenir à de fausses apparences. Indifférent dès lors à tout ce qui ne se rattache pas à son délire, le malade voit peu à peu ses idées se circonscrire, et, avec le temps, se préciser, revêtir une forme plus arrêtée qu'au début; graduellement, le délire se systématise. Les expressions elles-mêmes dont se sert le malade varient de moins en moins, se fixent, et, comme on dit, « se cristallisent ». D'ailleurs, subsiste toujours l'altération douloureuse du sens émotif, qui déprime le patient, qui donne un caractère pénible à toutes ses sensations. — Systématisé, le délire, enfin[1], « s'offrant toujours sous le même aspect, devient immuable et est en quelque sorte stéréotypé ».

Nous regrettons, car la place nous manque, de ne pouvoir rapporter ici quelques observations de malades qui, mieux qu'aucun développement didactique, montreraient cette période de l'évolution vésanique.

Nous ferons d'ailleurs remarquer ici (comme nous l'avons fait à propos de la phase hypochondriaque) qu'arrivés à cette période de concentration pénible, il est des malades qui s'arrêtent; ils ne poussent pas plus loin leur évolution. Séjournant alors dans la sphère des sentiments et, par suite, des idées pénibles, ils y édifient, y systématisent peu à peu leur délire, puis restent stationnaires, comme cristallisés; enfin, l'affaiblissement mental progressant, ils tombent dans une démence de formes variables, que nous aurons à

[1] Magnan. — *Leçons sur le délire des persécutions*, faites à l'asile Sainte-Anne. Paris, 1877. — J.-P. Falret, *op. citat.*

analyser plus loin. Ainsi, ces malades, durant tout leur délire, n'auront éprouvé à aucun moment ce sentiment qui caractérise la deuxième période dite *expansive*.

Quelle est donc cette deuxième étape du délire vésanique ? — Une fois la période dépressive traversée, le malade se trouve profondément affaibli au point de vue mental; ses idées deviennent plus enfantines; leur contraste avec le monde extérieur devient de moins en moins sensible au patient. L'hyperesthésie douloureuse du sens émotif, dont il fut si longtemps victime, finit elle-même par s'émousser, puis disparaît. Enfin, sa tristesse, ses souffrances continuelles ont contribué à exalter encore chez le vésanique le sentiment déjà morbidement exagéré de sa propre personnalité; il devient graduellement plus orgueilleux, plus expansif. Un à un, ses divers motifs de peine vont se dissoudre dans le passé; de jour en jour, il s'estime davantage, se trouve plus heureux, et enfin, monte à ce qu'on pourrait appeler son apothéose. Les idées délirantes revêtent désormais le caractère d'une félicité royale ou mystique, suivant les circonstances. Les troubles de la sensibilité, désormais aussi, sont interprétés en ce sens.

Quant aux mécanismes apparents, quant aux raisonnements qui, chez chaque aliéné, paraissent justifier cette succession de sentiments, ils sont fort variables; mais cette diversité de formes importe peu. L'essentiel, c'est la modification du fond morbide par le passage d'un sentiment pénible à un *sentiment expansif*. — Voici, par exemple, deux malades qui s'engagent dans

la période d'expansion : l'un arrive à croire réalisées certaines ambitions politiques, raconte qu'il appartient mystérieusement à quelque illustre famille; l'autre entend des voix, reçoit des révélations mystiques, est sur le chemin de quelque paradis; chacun explique à sa façon et plus ou moins habilement, suivant le degré de ses facultés intellectuelles, les anciens ennuis, les espérances, les convictions nouvelles. Au fond, pour tous deux et pour bien d'autres, ne s'agit-il pas toujours d'une altération du sens émotif, qui change de caractère ? Il y a d'abord une souffrance, une hyperesthésie douloureuse, une concentration pénible; puis survient peu à peu (comme d'ailleurs chez les personnes mentalement saines, mais habituées à souffrir de quelque maladie chronique) une exagération de la personnalité, qui devient exclusive, exigeante; le sens émotif douloureux s'émousse avec les années; l'intelligence s'affaiblit, et l'on voit se produire une expansion de l'être mentalement déchu. La mise en œuvre, la contexture même du délire, plus ou moins puérile, est donc tout à fait secondaire.

Ainsi se découvre peu à peu cette loi générale : *Dans le délire chronique, la période expansive ne fait jamais que succéder à la période de dépression; et ce qui caractérise essentiellement chaque période, c'est l'altération différente du sentiment.*

Le plus souvent, tout marche par une évolution lente, progressive; le plus souvent, ce n'est point du premier coup que le vésanique, d'une concentration pénible, passera à une béatitude expansive : il traversera toute une phase de transition. D'abord, derrière

tel ou tel sentiment mélancolique, se devineront, pour l'observateur, les premières poussées de cette personnalité qui va s'exagérant chaque jour après tant de souffrances, de cet orgueil, de cette ambition, encore inconscients, et qui n'osent encore paraître au jour. Comme fait second, comme conséquence, derrière telles craintes religieuses, telles idées de persécution, se glisseront les premières questions sur la raison de cet état de choses, puis peu à peu les premiers essais de réponse, encore fort confus. De jour en jour, de mois en mois, d'année en année, suivant que l'évolution sera plus ou moins lente, à côté des sentiments et par suite des idées pénibles, viendront s'affirmer les sentiments de grandeur, les idées ambitieuses qui en sont le résultat, quelle que soit d'ailleurs leur forme politique, sociale, mystique ou autre. L'association, le mélange de ces deux ordres de sentiments et d'idées présentera plus ou moins de cohérence, suivant que les facultés mentales du malade se trouveront à ce moment plus ou moins affaiblies; mais le caractère constant, la loi nosologique est qu'à cette époque de transition coexistent les deux tendances du délire vésanique, *dépression* et *expansion*, s'alternant, se combinant des plus diverses façons.

C'est de cette phase, intermédiaire aux deux principales périodes de l'évolution vésanique, qu'a parlé M. Ach. Foville dans son ouvrage déjà cité et dans un récent mémoire présenté au Congrès de Londres de 1881. C'est de cette phase qu'a parlé Calmeil dans un article d'il y a cinquante ans (rappelé par M. Foville), où se lit cette proposition : « L'on s'imagine à tort que « ces malades jouissent toujours d'un bonheur parfait.

« Les souverains des Petites-Maisons déplorent parfois « avec amertume l'injustice de leurs prétendus su- « jets. » Cela est vrai po une certaine époque de l'évolution du délire vésanique; mais les faits montrent qu'en des temps ultérieurs la béatitude peut devenir parfaite.

A mesure que l'évolution du délire s'avance, on voit, du premier plan, les préoccupations et les idées pénibles descendre au second; les sentiments de grandeur se prononcent de plus en plus et les idées; mystiques ou ambitieuses, qui en sont la suite, peu à peu se délimitent, s'ordonnent, après avoir été quelque temps plus ou moins nombreuses, plus ou moins confuses. Sur la scène délirante, encore partagée, où coexistent les sentiments de dépression et les aspirations expansives, déjà l'on peut prévoir les tendances qui persisteront en dernier lieu, tandis que graduellement s'atténueront les autres.

Et, en effet, soit que les troubles de la sensibilité diminuent peu à peu et viennent à disparaître, soit même qu'ils persistent, nous voyons les préoccupations pénibles s'affaisser une à une et ne plus laisser d'elles enfin que quelques vestiges auxquels le malade ne prend même plus garde, et qui ne lui causent plus le moindre souci; parfois, il n'en reste au malade qu'un souvenir fort vague. Mais, d'autre part, se systématisant peu à peu d'une façon quelconque, les sentiments de personnalité, de grandeur, prédominent de plus en plus. Le vésanique a quitté définitivement la phase de transition, et, quels que soient le manteau, l'incarnation adoptés, s'installe en pleine période expansive, y

conformant son attitude, sa physionomie et le peu de pensée qui lui reste. Dès lors, il végète, type de fainéantise et de satisfaction que rien ne peut troubler; majestueux avec un accoutrement des plus débraillés, il sourit avec condescendance quand on lui parle. Voilà, réalisé devant nous, un exemple clinique des plus instructifs, surtout lorsqu'on vient à se rappeler l'angoisse, les tourments passés du malade, tourments et angoisse qui allèrent quelquefois jusqu'aux tentatives de suicide.

Résumons maintenant les éléments simples que nous avons pu dégager jusqu'ici, et qui nous paraissent caractériser l'évolution du délire dans la vésanie.

Nous trouvons d'abord un terrain hypochondriaque avec « hyperalgésie mentale »; puis une douleur, une cause déprimante qui vient abattre l'individu; alors, une période de concentration pénible pour le délire, enfin, une période d'expansion. Le malade, d'ailleurs, loin de sauter brusquement d'une phase à l'autre, ne fait que s'y laisser conduire graduellement par toute une série de transitions. N'oublions pas, enfin, qu'au début même de l'affection mentale, il y avait déjà un fond primitif de *débilité*, dû le plus souvent à quelque dégénérescence héréditaire. Au cours de l'évolution vésanique, cet affaiblissement des facultés mentales n'a fait que s'accentuer progressivement; il est déjà devenu très notable, au moment surtout où est apparue la période d'expansion.

Mais ce qui doit, avant tout, ressortir de cette étude, c'est qu'au début, comme au cours de l'évolution vésanique, *la maladie vraie*, *le fond morbide*, *c'est la per-*

*version même du sentiment*, ou, mieux, de ce que Cerise et Morel appellent *le sens émotif* : sens émotif, qui, suivant l'époque, devient tantôt pénible, tantôt expansif. Les troubles de la sensibilité, les interprétations, les idées délirantes ne jouent qu'un rôle secondaire et prennent le caractère même, soit pénible, soit expansif, du sentiment qui domine à ce moment. Ce sont eux, à la vérité, qui avec quelque fracas apparaissent dès le premier abord; mais c'est dans l'altération même du sens émotif et dans ses variations qu'est le fond morbide essentiel; c'est là qu'un observateur patient ira le chercher. (*A suivre.*)

---

## RECHERCHES CLINIQUES SUR LA FOLIE AVEC CONSCIENCE[1];

Par le Dr E. MARANDON DE MONTYEL,
Directeur-Médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Dijon.

Dans les délires généraux avec conscience parfaite, les malades assistent en spectateurs aux troubles qui se déclarent dans leur esprit, en spectateurs conscients mais impuissants à réagir et à imprimer le moindre changement à leur manière d'être psychique. M. Cotard a écrit : « Exceptionnellement quelques maniaques, au milieu de leur agitation et de leur loquacité désordonnée, déclarent qu'ils sont fous, mais le trouble de leur intelligence est trop grand pour qu'on puisse

[1] Voir *Archives de Neurologie*, t. IV, p. 188, et t. V, p. 40.

admettre qu'ils aient réellement conscience de leur état. » Ce que j'ai observé ne me permet pas d'accepter l'opinion du savant aliéniste, condamnée aussi par les recherches de M. Moreau (de Tours) sur la manie hystérique.

OBSERVATION VIII. — *Hérédité paternelle. — Manie intermittente avec conscience.*

Mme P.., quarante-neuf ans, mariée, sans profession, instruction supérieure, entrée comme pensionnaire à l'asile de Marseille en novembre 1866. Hérédité paternelle : un frère du grand-père et deux sœurs du père ont été aliénés. Au point de vue physique Mme P.., de douze à dix-huit ans, a eu une santé très éprouvée. Elle a été sucessivement atteinte de rougeole, de scarlatine et de fièvres intermittentes. Les règles s'établirent difficilement à quatorze ans, mais sans désordres intellectuels. Au point de vue psychique, elle était peu intelligente, très minutieuse dans ses actes, d'un caractère sauvage, fuyant le monde et douée de peu de sensibilité. A vingt et un ans, elle eut un accès de manie aiguë qui dura quelques mois. Guérie, elle resta bien portante pendant dix ans, jusqu'à l'époque de son mariage. Elle avait alors trente-deux ans, la maladie reparut de nouveau, pour revêtir le type intermittent. Les crises duraient d'abord quelques jours et les intervalles lucides trois à quatre mois. On la garda chez elle pendant dix-sept ans. Avec l'âge les manifestations du mal se rapprochèrent de plus en plus, et, en 1866, la malade fut isolée. Dans l'établissement, les crises ont continué d'augmenter de fréquence et d'intensité. Au point de vue de la conscience, Mme Posel..., qui nous fournit elle-même tous ces renseignements, raconte que jusqu'à ces trois dernières années, elle appréciait clairement son mal, même au plus fort des paroxysmes. Depuis lors, ajoute-t-elle, la conscience de mon état commenca à s'obscurcir, et aujourd'hui elle se voile complètement quand l'agitation est à son apogée. Cette observation dictée par la malade elle-même ne permet-elle pas de suivre l'évolution de l'état de conscience dans un cas de manie intermittente à marche progressive ?

OBSERVATION IX. — *Hérédité maternelle. — Manie aiguë avec conscience. — Guérison.*

Mme Louise Pot..., trente-deux ans, mariée, sans profession, instruction supérieure, entrée comme pensionnaire le 20 juin 1880 à l'asile de Marseille. Grand'mère maternelle isolée à l'asile. Malade de tout temps bizarre, indisciplinée, peu intelligente. A vingt-deux ans, première crise de manie de cinq mois. Depuis lors, chaque année, à l'époque des chaleurs, paroxysmes de sub-agitation de courte durée. En 1880, à la suite d'un premier accouchement, seconde crise de manie qui dura dix mois, et une observation attentive et de tous les jours me permit de constater qu'au milieu de ce bouleversement général de toutes les facultés, la conscience demeurait à ce point intacte que cette particularité frappait tout le monde de l'asile, même des malades. A son entrée, elle nous annonça qu'elle était redevenue folle, et demanda une cellule. Une fois, comme elle se présentait à nous, nue et provocante, dans un état de vive surexcitation, elle répondait à nos observations : « C'est au médecin à guérir les folles, donnez-moi un remède pour rester habillée. » Un autre jour où l'agitation n'était pas moindre, je lui disais qu'elle ne se calmerait pas si elle continuait à refuser toute médication : « N'ayez pas peur, répartit-elle, il y a dix ans, j'étais tout aussi folle, j'ai pourtant parfaitement guéri. » Et qu'on veuille bien le remarquer, ces preuves évidentes de conscience n'étaient pas données dans des moments de répit, elles étaient fournies sans cesse, chaque jour, à la moindre occasion, au milieu même de la surexcitation la plus vive. La malade sortit guérie.

OBSERVATION X. — *Hérédité paternelle. — Troisième crise de folie morale avec conscience. — Santé physique affaiblie.*

Mme Alexandrine Vuil..., trente-cinq ans, mariée, couturière, instruction primaire, entrée d'office pour la troisième fois à l'asile de Marseille en mars 1880. Hérédité dans la ligne paternelle. A la suite de chagrins ou de contrariétés, elle sent son caractère s'aigrir, ses dispositions morales changer, elle éprouve un immense besoin de faire souffrir autour d'elle, de quereller les gens, de mettre partout le désordre. Elle apprécie

les modifications survenues en elle et regrette le mal qu'elle fait, mais elle est dominée, subjuguée, obligée d'obéir aux penchants qui l'entraînent. Elle va alors insulter les voisins ou les passants, transforme son ménage en un enfer, met tant d'ardeur à satisfaire ses mauvais instincts que les plaintes pleuvent à la police et qu'elle ne tarde pas à être isolée d'office contre la volonté de son mari qui voit là de simples bizarreries de caractère quand la malade elle-même se sait folle. Mme Vuil..., sans avoir jamais fait de maladie grave, ne jouit pas d'une bonne santé physique. Elle est pâle, anémique, sujette aux pertes blanches. A l'asile elle recouvre vite le calme.

OBSERVATION XI. - *Double hérédité.—Accouchement difficile.—Manie rémittente avec conscience datant de trois ans.*

Mme Sophie Lhé..., trente-trois ans, mariée, cultivatrice, instruction primaire, entrée d'office à l'asile de Montauban, est depuis trois ans dans l'établissement pour une manie rémittente. Hérédité double. Bonne santé physique et psychique antérieure. Une crise de manie aiguë éclata à la suite d'un accouchement pénible et a suivi la marche rémittente. La malade a la conscience claire de n'avoir plus été la même à partir de ses dernières couches. Depuis lors, avoue-t-elle, elle n'a jamais recouvré entièrement ses facultés ni le calme d'autrefois, bien qu'elle ait des intervalles relatifs de tranquillité. Au moment même des paroxysmes la malade ne perd pas conscience. Son désespoir d'être aliénée croît avec l'agitation, elle demande à tout son entourage de la guérir. Elle se fâche, s'emporte si le traitement prescrit ne procure pas le soulagement attendu et accuse les médecins de n'être pas à la hauteur de leur tâche, comme le prouve cette apostrophe énergique par laquelle nous fûmes accueillis un matin, le Dr Darnis, alors mon maître, et moi : « Les voilà ces deux cou.... qui ne sont pas fou... de me guérir ».

Dans l'ordre opposé, il m'a été donné de rencontrer la conscience parfaite une fois dans la lypémanie anxieuse simple, une fois avec la dépression lypémaniaque, deux fois avec la stupidité.

Observation XII. — *Hérédité maternelle. — Ménopause. — Chagrins domestiques. — Troisième accès de lypémanie anxieuse simple avec conscience. — Idées de suicide. — Erysipèle phlycténoïde de la face avec graves symptômes généraux et délire fébrile inconscient. — Retour des troubles psychiques antérieurs avec la convalescence.*

Mme Léonie Lou...., cinquante-six ans, mariée, journalière, instruction nulle, entrée d'office à l'asile de Marseille le 21 décembre 1881. Elle raconte elle-même son histoire. Elle avait toujours joui d'une bonne santé, quand elle perdit pour la première fois la raison au moment du retour d'âge. La crise actuelle est la troisième. La malade se dit dominée par une anxiété, une inquiétude vague, une impatience qui ne lui laisse aucun repos et ne lui permet de se trouver bien nulle part. D'après elle, les crises ont chaque fois augmenté d'intensité. La seconde a été plus violente que la première, et l'accès actuel ne saurait se comparer aux deux autres. Mme Lou... déplore son état, s'afflige surtout de la marche croissante de son affection et croit à l'incurabilité de cette troisième crise. Elle déclare préférer la mort et avoue des tentatives de suicide par désespoir. Sur mes questions, Mme Lou.... m'apprend que sa mère a présenté aussi des troubles intellectuels. Dans le courant de janvier, la vie de Mme Lou.... fut gravement compromise par un érysipèle phlycténoïde de la face. La malade resta deux jours avec 41° de température, 120 au pouls, et avec un délire violent. La conscience avait complètement disparu, c'était le délire de la fièvre. Un traitement par le quinquina, le musc et la digitale enrayèrent le mal. Mme Lou..... guérit. A la convalescence les troubles antérieurs reparurent avec les mêmes caractères. Mme Lou... me reprocha amèrement sa guérison. Mieux valait mille fois la mort à cet esclavage forcé de son esprit, à ce malaise indéfinissable qui la torturait nuit et jour.

Observation XIII. — *Hérédité paternelle. — Perte d'argent. — Chagrin. — Stupidité avec conscience.*

Poch..., confiseur, âgé de trente-huit ans, marié, instruction primaire complète, père et grand-père aliénés. Doué d'une bonne santé physique et psychique, il perdit la tête à trente-cinq ans, à la suite d'une perte d'argent. Il se sentit devenir incapable

non seulement de continuer ses occupations, mais même de se rendre compte de ce qui se passait autour de lui. Trois fois déjà, toujours à la suite de chagrins ou d'ennuis, il était retombé dans cet état qu'il comparait à *l'enfance des vieillards*. Il me fut donné d'assister à une rechute. Poch... reconnut une invasion prochaine de la maladie à des maux de tête et à une insomnie qui en était le prélude habituel. Peu après il eut conscience d'un anéantissement psychique. Il perdait la mémoire, ne savait plus retrouver ses idées ; sa volonté et son énergie faiblissaient. Il arriva un moment où Poch... se reconnut lui-même incapable de travailler et demanda de rester au quartier. La folie progressa sous l'œil conscient du malade. Quand elle fut à son apogée, Poch... avait l'air hébété, se réfugiait dans les petits coins, tout honteux de son état. Continuellement il cherchait et touchait autour de lui comme pour se rattacher à la réalité. Durant plus d'un mois, cette stupidité se prolongea, puis, l'intellect ressuscita peu à peu pour recouvrer enfin toute son énergie passée. Poch... après cette nouvelle guérison affirma n'avoir jamais perdu conscience de sa situation. Sans doute il était incapable du moindre effort intellectuel, mais, cette incapacité, il la sentait, affirmation, d'ailleurs, que ne contredisaient pas les faits observés.

La conservation de la conscience dans certains cas de stupidité serait, à mon avis, un fait d'une haute importance dans la querelle qui divise depuis de longues années les aliénistes, celle de savoir si cette affection a une existence propre, ou si elle doit disparaître devant la lypémanie stupide. Avant les travaux de M. Baillarger tout le monde était d'accord sur l'existence d'une forme particulière d'aliénation mentale caractérisée par la suspension plus ou moins prolongée des fonctions de l'intellect : c'était la démence aiguë d'Esquirol, la stupidité de Georget. Les belles recherches de M. Baillarger mirent tout en question. En démontrant qu'un grand nombre de stupides conservent le souvenir d'un travail intellectuel intense et

en créant le groupe des lypémanies stupides, l'illustre médecin de la Salpêtrière portait un rude coup à la doctrine jusqu'alors classique. La renversait-il de fond en comble ou fallait-il seulement distraire, parmi les malades jugés atteints de stupidité, un certain nombre pour en former une classe nouvelle? Les observations de M. Baillarger laissaient la question en suspens. Toutes puissantes à prouver l'existence de lypémanes stupides, elles ne prouvaient nullement la non existence des stupides simples. Restaient, en effet, les aliénés qui, revenus à la santé, semblent sortir d'un profond sommeil et dont la mémoire n'a conservé aucune trace des faits accomplis durant la maladie. Distinguer, comme on le fit alors et comme beaucoup d'aliénistes continuent encore à le faire, les malades selon la persistance ou l'absence du souvenir d'un travail intellectuel pendant la dépression, pour ranger les premiers parmi les lypémanes stupides et les seconds parmi les stupides simples, c'était prendre pour base de la classification un fait important sans doute, mais qui, par lui-même, n'a aucune valeur pathognomonique.

Il ne fut pas difficile à M. Baillarger de répondre que souvent, au réveil, on ne conserve que le souvenir lointain et confus de rêves qui pourtant, pendant le sommeil, ont été le résultat d'un travail cérébral actif, que l'amnésie des somnambules est complète, et de montrer des aliénés ayant accompli, au milieu d'un grand état de dépression, des tentatives de suicide dont ils avaient perdu la mémoire à la guérison. L'observation directe n'apporte pas davantage des preuves concluantes. Souvent on aura cru pouvoir diagnostiquer une stupidité simple et on sera tout surpris d'ap-

prendre par le malade rétabli qu'on était en présence d'un infortuné rendu immobile par une voix terrifiante ou un ordre du ciel, et réciproquement. Le fait de la conservation de la conscience me paraît au contraire avoir une valeur absolue. Dans ces cas, c'est le malade lui-même qui se sent devenir stupide. Il a conscience d'une obtusion sans cesse croissante de son intellect. Il court après sa mémoire et ses idées qui lui échappent; il déplore sa déchéance intellectuelle et, désespéré, préfère souvent la mort à la ruine de ses facultés. Ces malheureux le disent eux-mêmes, quand on les interroge non après le réveil de l'intelligence, mais au moment même des troubles, ils n'ont pas d'hallucinations, ils ne voient ni n'entendent, mais ils se sentent devenir bêtes, ils ont conscience de tomber, jeunes encore, dans une espèce *d'enfance sénile*.

Je n'ai pas la prétention de trancher aujourd'hui, à l'aide de deux faits, la question si controversée de l'existence de la stupidité, je tiens seulement à appeler l'attention sur le service que peut rendre, pour la solution à venir, la conservation de la conscience dans certains cas.

Plusieurs observations nous ont mis déjà en présence d'une complication grave, je veux parler de *l'idée du suicide*, née chez les aliénés conscients du désespoir de leur impuissance vis-à-vis des troubles qu'ils ne peuvent surmonter, malgré une exacte appréciation de leur nature morbide. Il faut, à mon avis, distinguer avec soin cette *idée du suicide* de *l'impulsion au suicide avec conscience*. *L'impulsion* est l'élément fondamental de la maladie, quand les patients y cèdent,

c'est à leurs corps défendant et, qu'on me permette de le dire, en s'accrochant à la vie de toutes leurs forces. Ici *l'idée* est un élément surajouté tout comme la conscience dont elle dérive ; les malades se tuent alors en connaissance de cause pour se soustraire à leurs tortures psychiques, de même que certains cancéreux ou certains cardiaques se suicident pour échapper à leurs souffrances physiques. Le suicide est, en pareil cas, chose délibérée, voulue, exécutée avec entière volonté.

Ainsi, la conservation de la conscience assombrirait le pronostic. Non seulement elle imposerait au patient le supplice affreux d'assister aux désordres de ses facultés, sans être en puissance d'y remédier, mais elle conduirait par dégoût de sa vie au suicide réfléchi, et cela, d'après mon expérience, dans la proportion de 34,2 p. 100.

Si les deux états d'excitation et de dépression pris isolément se concilient parfois avec l'intégrité de la conscience, il en est ainsi quand ils se succèdent pour suivre la marche circulaire. Sur quatre cas que j'ai observés, je rapporterai le suivant :

Observation XIV. — *Hérédité maternelle. — Chagrins; contrariétés.—Cinquième accès de folie circulaire avec conscience. — Idées de suicide au début dans le stade dépressif.*

Adèle Sic..., quarante ans, célibataire, instruction primaire, entrée d'office pour la cinquième fois à l'asile de Marseille, le 6 septembre 1880. Sœur de la grand'mère maternelle aliénée, mère hystérique, sœur séquestrée deux fois, cousin germain du côté maternel séquestré trois fois. Sauf une rougeole, bonne santé physique et psychique jusqu'à seize ans. Intelligence plus qu'ordinaire. De seize ans à quarante ans,

cette femme a eu cinq accès de folie circulaire. Le premier à seize ans ; le second à vingt-trois ; le troisième à vingt-huit ; le quatrième à trente-cinq ; le cinquième à quarante. La maladie éclate toujours à la suite de contrariétés ou de chagrins, et débute par le stade mélancolique. Adèle Sic... se dit alors obsédée par des idées de damnation, des craintes de l'enfer jugées absurdes et folles et qu'elle ne peut surmonter; jamais d'hallucinations. Quand, pour la première fois, la maladie éclata à seize ans, la jeune fille tenta plusieurs fois de se pendre ; depuis lors, instruite par l'expérience, Adèle Sic... se résigne plus volontiers à un état qu'elle sait passager. La transition au stade expansif n'est pas brusque. La malade prévoit la transformation par une intensité moindre des idées de damnation et une vague espérance qui s'empare de son esprit. Peu à peu, aux terreurs de l'enfer succède un violent besoin de se mouvoir, de jacasser, de taquiner les gens et des tendances irrésistibles au vol. A l'asile ces impulsions sont telles que la malade saisit toutes les occasions de s'évader de son quartier pour voler dans les jardins fruits et légumes, qu'elle a soin, d'ailleurs, de restituer à son retour volontaire dans la division. Une fois l'accès terminé, Adèle Sic... se sent, durant plusieurs semaines, abattue, sans énergie physique, mais avec beaucoup d'intelligence, elle distingue ce brisement des forces de la prostration du début. « Après la crise, dit-elle, c'est mon corps qui est fatigué de tout le mouvement que je me suis donnée, mon esprit n'a rien. Je ne suis plus folle alors. » Les cinq accès ont présenté les particularités que nous signalons, seulement le stade expansif tend à gagner sur le stade mélancolique. Au début, la dépression et l'expansion avaient une durée à peu près égale de trois mois. A la quatrième crise la première fut à peine de deux mois, et la seconde persista plus d'un an. Cette fois-ci, les terreurs de l'enfer ont abattu la malade un mois durant, tandis que l'agitation menace de se prolonger indéfiniment. Adèle Sic... a la perception de cette modification. D'après elle, durant la période expansive, sa sensibilité devient de plus en plus vive, son caractère de plus en plus susceptible. Elle est convaincue qu'elle retrouverait rapidement l'équilibre cérébral, s'il lui était permis de satisfaire largement ses besoins de mouvement et ses tendances au vol. Elle dit éprouver, quand elle est dans l'impossibilité de s'agiter, de taquiner les gens, de voler, un bouillonnement de tout son être qui entrave sa guérison,

particularité qu'elle n'avait pas remarquée lors des premières crises. Tous les détails qui précédent, y compris ceux relatifs à l'hérédité, nous ont été fournis par Adèle Sic..., au milieu même de la période expansive.

Cette intégrité de la conscience dans certains cas de folie à double forme permettra, grâce aux renseignements fournis par les aliénés eux-mêmes, de diagnostiquer tout de suite cette maladie qui ne se trahit d'ordinaire que par son évolution. M. le Dr Henri Gerard, mon ancien collègue d'internat d'Auch, dans une thèse écrite d'après mes conseils, a déjà insisté sur ce nouveau moyen de diagnostic.

L'intérêt augmente avec les délires partiels. Deux genres de perturbations concourent à la genèse des monomanies : des troubles sensoriels et des troubles psychiques. Ils se présentent soit isolés, soit combinés. Si les perversions sensorielles existent seules avec conservation absolue de la conscience, elles constituent les hallucinations compatibles avec la raison, question élucidée de nos jours, sur laquelle j'insisterai d'autant moins que je n'ai aucun fait nouveau à ajouter à ceux déjà enregistrés. Plus heureux avec les troubles psychiques isolés, j'en ai réuni cinq cas, dont je fais connaître les trois suivants :

Observation XV. — *Pas d'hérédité au dire de la famille. — Ménopause. — Panophobie avec conscience. — Amélioration.*

Camille Riq..., quarante-cinq ans, sans profession, mariée, instruction secondaire, entrée comme pensionnaire à l'asile de Marseille le 31 juillet 1881. Pas d'hérédité au dire de la famille. Bonne santé physique antérieure. Mariée à vingt et un ans, elle a eu sept enfants, dont deux morts de convulsions dans la pre-

mière enfance. Depuis la puberté, Camille Riq... a eu une grande tendance aux idées fixes, aux frayeurs non motivées ; d'ordinaire elle voyait tout en noir, un rien la bouleversait. Jeune fille, elle aimait à s'isoler; mariée, ses dispositions mélancoliques et pusillanimes ont augmenté. Consciente de cette tournure particulière de son esprit, elle essayait de modifier son caractère, mais à peine chassé, le naturel revenait au galop. Cette disposition à des frayeurs non motivées, qu'elle jugeait morbides sans les pouvoir vaincre, augmentaient considérablement et absorbèrent toute l'existence de la malade à l'époque du retour d'âge. Quand cette dame me fut confiée, depuis près d'un an, elle ne s'occupait plus de son ménage. En proie à une grande anxiété, elle restait toute la journée immobile à la même place, les mains tendues en avant comme pour repousser un danger, gémissant sur sa destinée et sur son impuissance. A part cette panophobie, Camille Riq... n'a jamais présenté d'autres troubles des sentiments, il n'est donc pas possible de la considérer comme atteinte d'hypochondrie morale. A maintes reprises, dans l'espérance de guérir, elle avait sollicité son isolement à l'asile. Mme Riq..., à son entrée, expliquait très clairement sa situation mentale et tout ce qu'elle avait éprouvé. Elle résumait son état en disant : « Je ne suis pas une vraie folle, puisque je raisonne sur tout et même sur mon état. J'ai seulement peur sans motifs. C'est affreux ! Je le sais et j'ai peur tout de même. » Elle affirme n'avoir jamais eu d'hallucinations. L'hydrothérapie lui fit quelque bien. Sans être guérie, Camille Riq... était arrivée à surmonter son anxiété. A l'asile elle s'occupait très activement à la couture et aux soins du ménage. Elle sortit améliorée le 20 septembre.

Observation XVI. — *Double hérédité. — Ménopause. — Lypémanie érotomaniaque avec conscience.*

Mme Aricie D..., quarante-huit ans, mariée, mère de plusieurs enfants, sans profession, instruction supérieure, pour laquelle en mars 1880 la famille me demandait mon avis, appartient à une maison d'aliénés tant dans la ligne maternelle que dans la ligne paternelle. Depuis un an environ, Mme Aricie D..., qui aurait toujours joui par le passé d'une bonne santé physique et psychique, après avoir éprouvé des pertes abondantes coïncidant avec le retour d'âge, présente des désordres

affectifs, dont elle a conscience et qu'elle ne peut guérir. Elle a pris en adversion son mari et ses enfants sans motifs, sans être à même d'expliquer cette transformation de ses sentiments. Elle la constate, la regrette et voudrait bien recouvrer l'affection perdue. D'un autre côté, elle est devenue éperdûment éprise d'un jeune homme qui travaillait dans les magasins de son mari. Cette obsession amoureuse est de tous les instants. Il y a six mois qu'elle n'a plus vu ce monsieur et elle l'adore aussi tendrement qu'à l'époque où ils vivaient ensemble. Pour mieux penser à lui, elle s'isole, elle veut aller habiter la campagne, un endroit isolé, être seule enfin avec son amour. Mme D... a conscience de tout ce que cet état a d'anormal. Elle gémit de sa situation, elle rougit de sa passion et pourtant, m'a-t-elle avoué, elle serait incapable de refuser à son amant ses dernières faveurs s'il les exigeait. J'accusais des hallucinations de la vue ou de l'ouïe d'entretenir cette extase amoureuse involontaire. La malade m'a certifié que, depuis leur séparation, elle n'avait ni vu ni entendu le bien-aimé. Aricie D..., d'après ses propres aveux, aurait été heureuse de se guérir, car une femme mariée, mère de famille, âgée de quarante-huit ans, ne peut oublier tous les siens, se passionner pour un jeune homme sans être malade. Mme D..., très mélancolique, souffre de son malheur. Elle néglige sa toilette, ses affaires ; absorbée par sa contemplation amoureuse, elle oublierait même de boire et de manger. J'ai porté un pronostic facheux. La double hérédité, l'âge, la forme du délire, tout assombrissait l'avenir. Je me suis opposé à l'isolement qui me parut devoir être préjudiciable.

Observation XVII. — *Hérédité maternelle. — Onanisme. — Idée fixe d'une mort imminente avec conscience. — Guérison.*

Edmond X...., vingt-deux ans, célibataire, étudiant en droit. Hérédité maternelle : un frère de la mère est faible d'esprit, très original, un oncle et une cousine ont été aliénés. Intelligence supérieure. Habitudes solitaires. En février 1879, il est réveillé au milieu de la nuit par de violentes palpitations de cœur et ne se sent plus le même. Le lendemain tout avait disparu. Huit jours après, retour des mêmes troubles, il a comme le pressentiment d'une mort prochaine. A partir de ce jour, M. X... reste poursuivi par l'idée fixe qu'il va mourir. Il com-

prend combien peu ses craintes sont fondées, il se corrige de ses habitudes solitaires, auxquelles il rapporte ses souffrances, mais sa volonté est impuissante à réagir contre le mal. Pourtant le sommeil est excellent, l'appétit est excessif, seuls des bourdonnements d'oreilles et une constipation opiniâtre, quelquefois de huit jours, fatiguent le malade. M. X... ne parle à personne de son état, toutefois, il en est inquiet; malgré lui, il a peur de coucher seul, il cherche un prétexte, et, sans se trahir, demande l'hospitalité à un ami. Pour faire diversion à son idée fixe, il se livre au travail ardemment, passe avec succès un concours difficile et subit tous ses examens de doctorat. Malgré ses efforts pour ne pas laisser percer au dehors l'absurde souci qui l'agite, Edmond X... est mélancolique, moins expansif qu'à l'ordinaire. Quelquefois, fatigué de cette lutte continuelle contre lui-même, il se désespère, redoute, malgré son abstention de tout attouchement, de ne plus recouvrer la tranquillité. Les sentiments affectifs n'ont subi aucune altération ; la conduite et les relations n'ont pas varié. L'idée fixe d'une mort imminente et l'anxiété morale qui en est la conséquence, anxiété indépendante du jugement et de la volonté, voilà les seuls troubles psychiques. Il guérit au bout d'un an.

Une première chose frappe dans ces observations, c'est l'anxiété déterminée chez les malades par la conscience de leurs troubles psychiques ; seule une érotomane a fait exception. La réaction anxieuse serait donc la règle dans les cas qui nous occupent.

Pas une fois l'idée du suicide ne s'est montrée dans les cinq cas que j'ai observés. Les troubles psychiques isolés laissent, en effet, une grande espérance de guérison. La lésion n'est ni assez étendue ni assez grave pour engendrer le *tædium vitæ* et pousser aux résolutions extrêmes. Il n'en est plus de même quand les perversions sensorielles s'y ajoutent. L'intelligence se trouve alors doublement mutilée et les hallucinations apportent avec elle un je ne sais quoi effrayant et pénible qui rend la vie à charge. D'après mon expé-

rience personnelle ces aliénés chercheraient à se tuer dans la proportion de trois sur quatre. Les idées de suicide ont, en pareil cas, d'autant plus leurs raisons d'être que les malades obéissent à leurs voix, sont effrayées par leurs visions qu'ils jugent morbides, tout comme s'ils y avaient une foi absolue.

Observation XVIII. — *Hérédité paternelle. — Hallucinations de la vue et de l'ouïe avec conscience. — Obtusion intellectuelle avec conscience. — Soumission aux troubles sensoriels; refus de s'alimenter. — Idées de suicide. — Démence consécutive avec vagues lueurs de conscience.*

M^lle Fortunée Es..., vingt-huit ans, célibataire, sans profession, instruction supérieure, entrée comme pensionnaire à l'asile de Marseille, le 3 août 1881. Une sœur du père a été aliénée, une sœur de la malade morte de convulsions dans la première enfance. Cette demoiselle a toujours eu le tempérament nerveux, le caractère excitable. En septembre 1878, elle eut un premier accès de folie religieuse. La seconde crise a débuté par une agitation qui a duré trois mois. A son entrée, la malade est dans la dépression; elle reste en place, s'alimente difficilement. M^lle Es... a, toutefois, la perception nette de sa situation; elle avoue des hallucinations de la vue et de l'ouïe de nature religieuse et des crises d'excitation. Elle ne systématise pas, reconnaît le caractère maladif de ses symptômes, tout en déclarant son impuissance à les dominer. Lors de la première crise, la conscience paraît aussi avoir été conservée, car, d'après les affirmations du frère, au moment où les manifestations étaient dans toute leur acuité, M^lle Es... demandait avec instance à être conduite dans un asile d'aliénés. Quelques jours après son entrée, cette dame s'alimentait de plus en plus difficilement. Elle disait obéir à des hallucinations de l'ouïe, dont elle reconnaissait la nature maladive, mais son esprit était devenu si lourd, son énergie si faible, qu'elle ne pouvait réagir. Et il en fut ainsi durant plus d'un mois. Puis les hallucinations revêtirent un caractère terrifiant. M^lle Es... parut effrayée, elle eut le facies anxieux, l'œil inquiet. La perception de sa situation maladive ne se perdit pourtant pas, mais, comme le mois précédent, la malade ne pouvait se maîtriser.

L'obtusion intellectuelle qui compliquait son mal et dont elle avait aussi connaissance facilitait sans nul doute cet état passif de son être, auquel, désespérée, elle essaya plusieurs fois de se soustraire par le suicide. M^lle Es... vécut près de huit mois dans cet état, les facultés s'affaiblirent, la conscience s'obscurcit parallèlement. Aujourd'hui, cette jeune personne marche à la démence, elle a pourtant encore par instants des éclairs de conscience.

Observation XIX. — *Pas d'hérédité au dire de la famille. — Mariage disproportionné quant à l'âge. — Hallucinations de l'ouïe avec conscience. — Idées lypémaniaques avec conscience. — Soumission aux troubles sensoriels. — Idées de suicide. — Mort par rhumatisme cérébral.*

J'eus occasion de voir en ville une dame âgée de cinquante-six ans, sans profession, instruction secondaire, qui, le lendemain de ses secondes noces avec un homme de trente ans, devint aliénée. Bonne santé physique et psychique antérieure; pas d'hérédité au dire de la famille. M^me Ves... avait conscience d'être hallucinée de l'ouïe, d'avoir de l'obtusion intellectuelle, de n'être plus psychiquement la même, et pourtant, ces troubles intellectuels qu'elle raisonnait exerçaient sur elle un empire tel qu'elle y conformait sa conduite tout comme si elle y croyait. Ainsi, elle entendait les pas et les voix des gendarmes qui la réclamaient pour la conduire à la guillotine. Elle se savait hallucinée, et pourtant, la nuit, elle quittait la couche conjugale et, tremblante, se cachait pour se dérober aux poursuites. Le jour, les voix lui assuraient que son mari l'empoisonnait afin de se débarrasser d'une vieille femme, et de jouir plus tôt des avantages du contrat. L'accusation était plausible; toutefois, la malade n'y croyait pas ; elle reconnaissait dans ces voix celles qui, la nuit, la menaçaient de la guillotine, et elle avait une peine extrême à se décider à prendre des aliments! M^me Ves... comprenait aussi qu'elle n'avait plus l'esprit aussi lucide, les idées aussi bien liées, l'intelligence aussi active que par le passé ; elle ne s'occupait plus de son travail, mettait le désordre dans les ateliers. Tout cela, elle le savait, le regrettait et n'y pouvait mais. Elle répétait à chaque instant que sa raison lui échappait. Après avoir vainement essayé, sur la demande formelle de la famille, de la traiter chez elle pendant

trois mois, j'exigeai son isolement, car des idées de suicide bientôt suivies de tentatives s'étaient manifestées. Conduite dans mon service, Mme Ves..., grâce surtout au calme de l'établissement, allait mieux au bout de quelques mois, quand survint un rhumatisme articulaire aigu que je traitai par le salycilate de soude. Six jours après, elle était emportée par un rhumatisme cérébral.

Observation XX. — *Hérédité paternelle. — Idées de persécution avec conscience. — Hallucinations de l'ouïe avec conscience. — Soumission involontaire aux troubles. — Idées de suicide.*

Mme Rose Kr..., trente-cinq ans, sœur hospitalière, instruction supérieure, qui fut confiée à mes soins en novembre 1881, était aliénée depuis environ trois ans. Le père, atteint de folie morale, mène une vie extravagante et décousue. Intelligence et sentiments élevés. Bonne santé physique et psychique jusqu'à l'âge de trente-deux ans. Durant l'année 1878, Mme Kr.. eut des maux de tête, des insomnies, des inquiétudes d'abord vagues sur elle-même, puis des craintes non motivées sur sa conduite. Tourmentée par la pensée que ses supérieures la jugeaient mal et ne l'estimaient pas, consciente toutefois des modifications survenues dans son intellect, la malade s'efforçait de chasser de son esprit ses méfiances et ses soupçons injustifiés. La folie, en dépit de ses efforts, progressa. Inquiète de son état, des ravages chaque jour plus grands qu'elle constatait dans son esprit, elle fit part de son mal à ses compagnes. Tout le monde l'entoura d'affection et de soins. Cet empressement à fortifier son moral n'empêcha point l'éclosion d'hallucinations de l'ouïe. Elle entendait les sœurs, ses supérieures en particulier, causer d'elle, la blâmer, lui adresser des paroles de mépris. La conscience se conserva intacte, mais la soumission de la malade à ses perversions sensorielles fut absolue. Après quatre ou cinq mois d'une vie de luttes et de souffrances, le désespoir fit naître des idées de suicide auxquelles succédèrent des tentatives. Mme Kr... guérit de ce premier accès et resta bien un an. Elle rechuta, guérit de nouveau, et rechuta encore. Enfin, en 1881, la maladie avait revêtu la forme rémittente. Malgré cette durée assez longue, cette dame avait conservé la perception de ses troubles sensoriels et intellectuels, tout en devenant de plus en plus impuissante vis-à-vis d'elle-

même. Son désespoir grandissait avec sa faiblesse, et exigeait une surveillance de tous les instants. Rarement elle restait bien plus de dix à quinze jours. Lors des crises, elle faisait peine à voir. Son anxiété, sa douleur, les sentiments contraires par lesquels elle passait sous l'influence de ses hallucinations et de sa conscience restée saine qui se combattaient, ses plaintes contre la destinée et ses prières au ciel, tout chez elle était un mélange de raison et de folie, une lutte énergique contre la maladie. J'ai porté un pronostic d'incurabilité, et la famille a retiré Mme Kr... de la congrégation où elle était.

Avec la demi-conscience, d'autres particularités non moins intéressantes méritent de fixer l'attention. Jusqu'à ce jour, il ne m'a pas été donné d'observer la demi-conscience avec le délire général. Ce premier résultat sera-t-il confirmé par des recherches ultérieures? J'incline à le croire; quand l'intellect est tout entier surexcité ou déprimé, il paraît difficile que la conscience puisse se scinder. Seule la folie circulaire prêterait peut-être à une interprétation délirante. Dans la thèse citée plus haut, M. Gérard parle de malades conscients qui interprètent d'une manière pathologique le cercle dans lequel ils tournent. Il cite une circulaire qui, dès son entrée, accusait des ennemis acharnés de l'exalter et de le déprimer à des intervalles réguliers.

Dix cas de délire partiel avec demi-conscience, voilà la petite gerbe de faits que j'ai récoltée. Pour les étudier dans leurs détails, me conformant aux règles posées précédemment, je les considérais suivant l'association ou l'isolement des troubles psychiques et sensoriels.

La demi-conscience ne saurait exister avec les perversions sensorielles isolées, on n'a ou on n'a pas

conscience de ses hallucinations; d'ailleurs, la demi-conscience suppose toujours un trouble intellectuel concomitant.

Avec les troubles psychiques isolés, quand la systématisation se produit, elle se base tout entière sur le fait même de la conservation de la conscience. Ainsi, cette intégrité du sens intime, qui de prime-abord semblerait la sauve-garde de l'intelligence, devient parfois l'écueil où elle sombre. Les deux observations suivantes, mieux que toute description, montreront le curieux travail qui s'opère alors dans l'esprit.

Observation XXI. — *Hérédité paternelle. — Morsure d'un chien. — Suppression d'hémorrhoïdes. — Troubles psychiques avec conscience. — Systématisation par la rage. — Idées de suicide.*

M. Théodore M..., cinquante-huit ans, marié, propriétaire, instruction secondaire, entré comme pensionnaire à l'asile de Montauban en 1875. Antécédents héréditaires très accentués dans la ligne paternelle. Pas de troubles psychiques antérieurs; bonne santé, sauf des hémorrhoïdes arrivant à des époques régulières. Mordu par un chien en mai 1875, M... ne prêta aucune attention à cette morsure, guérie en quelques jours. Un mois et demi après, en juillet, époque hémorrhoïdale, il reçut aux champs une forte averse. Le sang ne coula pas. A partir de ce moment, il devint inquiet, ne dormit pas. Il eut des maux de tête, des bourdonnements d'oreille et un besoin inusité de mouvement. Théodore M... se sentit tout autre. Le jour, il ne pouvait rester en place, la nuit, surexcité, poursuivi par une insomnie opiniâtre, il était obligé de se lever et de se promener dans la campagne. Cet état, dont il avait conscience, l'inquiétait d'autant plus qu'il se sentait aussi devenir différent de lui-même. Il voyait son caractère se transformer, il comprenait n'avoir plus la même intelligence au travail. Il chercha une cause à cette métamorphose psychique, et le malheur voulut qu'il se souvint de la morsure du chien. Dès lors, plus de doute pour lui, on était en été, il devenait enragé. Il

fit part de sa découverte à son entourage, engageant tout le monde à le fuir de peur d'être mordu. A l'agitation qui existait déjà, l'idée d'être enragé ajouta une grande anxiété. Le malade consulta un médecin, se soumit à un traitement. L'état ne s'améliora pas. Au bout de quelques mois, n'ayant plus ni trève ni repos, sentant ses inquiétudes augmenter, son intelligence s'embrouiller de plus en plus, le malheureux résolut de se pendre. Il s'y prit avec trop d'ardeur, la corde se rompit; attirée par la chute du corps, la famille l'isola tout de suite. Une médication appropriée à l'état hémorrhoïdal amena de l'amélioration, mais l'idée de la rage demeura fixée dans son esprit. Il avait des paroxysmes durant lesquels il sentait son caractère, son intelligence se modifier, et il accusait alors le virus rabique; il mettait aussi sur son compte toutes ses souffrances physiques. Un an après, l'état était le même. Aucun symptôme paralytique ne s'était montré, éventualité que j'avais redoutée à cause des symptômes du début.

Observation XXII. — *Double hérédité. — Mysticisme. — Dédoublement de la personnalité psychique, avec conscience. — Systématisation par une possession épiscopale.*

Adélaïde V..., vingt-deux ans, célibataire, sans profession, instruction secondaire, entrée comme pensionnaire à l'asile de Montauban en 1876. Double hérédité. Adélaïde a été réglée difficilement à quinze ans, et, depuis lors, elle fut toujours plus ou moins atteinte de dysménorrhée avec troubles nerveux variés. Peu intelligente, très scrupuleuse, elle était d'une dévotion outrée. A vingt ans, elle eut l'occasion d'entendre Mgr Dupanloup, et se prit pour ce prélat d'un amour érotico-mystique. Sous l'influence de la double hérédité, de dévotions exagérées et de lectures absorbantes, Mlle Adélaïde devint aliénée. Il s'opéra en elle un dédoublement de la personnalité psychique ; elle ne fut plus maîtresse d'une partie de ses idées. Certaines conceptions, certaines associations de pensées se présentèrent à elle avec une force telle qu'elle ne pouvait en rien les changer ni en modifier le cours, et ces conceptions, ces pensées étaient relatives à la dévotion ou à la conduite, ce qui s'explique naturellement par la nature de son esprit et de ses occupations. Mlle Adélaïde eut connaissance qu'il s'opérait en elle un phénomène intellectuel anormal, mais, loin de s'effrayer ou de s'affli-

ger de ce désordre mental, elle s'en réjouit. Dans sa conviction, Dieu lui avait fait la grâce de l'identifier au prélat bien-aimé. C'était Mgr Dupanloup qui suscitait dans son esprit ces pensées énergiques, guides de la conduite à suivre. Sans doute ces opérations psychiques étaient troublées; sans conteste, ne pas pouvoir diriger ses pensées était la preuve d'un désordre mental; mais, pour elle, sa maladie était d'ordre surnaturel, et se distinguait des maladies des aliénés tout comme les visions des saints se différençaient des visions des malades. Cette jeune fille ne fut jamais hallucinée dans le vrai sens du mot, ce qu'elle éprouvait était subjectif. L'intelligence parut s'affaiblir assez rapidement.

Quand les troubles psychiques se marient aux perversions sensorielles, la conscience des premiers se combine avec l'inconscience des secondes. Le malade apprécie les désordres de son esprit, son obtusion intellectuelle, ses infidélités de mémoire, son inaptitude aux travaux jadis faciles, et il ajoute pleine et entière confiance dans ses hallucinations. Jamais je n'ai constaté l'état inverse. On se méfie moins de ses sensations que de ses sentiments et de son esprit; ici donc, une fois de plus, l'état physiologique se réflèterait dans l'état pathologique.

Toute systématisation fait parfois défaut; le malade vit indécis, sans trouver une explication à ce qui se passe en lui et autour de lui, comme dans le fait suivant.

Observation XXIII. — *Père viveur. — Chagrins domestiques. — Troubles psychiques avec conscience. — Hallucinations inconscientes. — Pas de systématisation.*

Mme Marguerite Germ..., cinquante-sept ans, sans profession, mariée, instruction supérieure, entrée comme pensionnaire à l'asile de Marseille le 25 juin 1880. Pas d'hérédité vésanique proprement dite; le père était viveur et coureur, on l'avait surnommé *le Réjoui;* deux sœurs bien portantes : une, mariée, a eu cinq enfants, dont un mort-né et trois morts avec

des convulsions dans la première enfance. Chagrins domestiques. Au début de la maladie, elle resta une dizaine de jours dans un état notable de dépression ; puis, sous l'influence d'hallucinations de l'ouïe, eut des crises d'agitation qui nécessitèrent son isolement. A son entrée, cette dame présentait de l'obtusion intellectuelle, des idées lypémaniaques, des impulsions à la violence dont elle était consciente, et des hallucinations de l'ouïe, auxquelles elle ajoutait foi. Ainsi, elle disait savoir fort bien que son esprit était dérangé, son souvenir vague, son caractère aigri, ses idées mal liées, mais en même temps elle ajoutait ne pas comprendre pourquoi tout le monde l'insultait. Par moments, des impulsions violentes à briser et à faire du mal la subjuguaient, impulsions qu'elle raisonnait sans être maîtresse de s'y soustraire. La confiance que Mme Ger... accordait à ses hallucinations de l'ouïe entraînait de sa part des sévices graves contre le personnel du service ; c'était, disaient-elle, des représailles qu'elle distinguait de ses impulsions irrésistibles. Elle n'acceptait pas qu'on se fît un jeu de sa maladie mentale et qu'on se moquât d'elle. Découragée de son état, elle fit de nombreuses tentatives de suicide. Les hallucinations de l'ouïe s'accrurent en nombre et en intensité ; la malade devint plus violente, plus vindicative bien qu'elle avouât ne rien comprendre à l'acharnement qu'on mettait à l'insulter. Sous l'influence des toniques et de l'hydrothérapie, elle s'améliora assez rapidement. Elle sortit guérie dans le courant d'octobre, et la guérison s'est maintenue.

D'autres fois, la systématisation se produit serrée, logique. Le malade explique les désordres intellectuels dont il a conscience par les perversions sensorielles dont il est inconscient.

Observation XXIV. — *Pas d'hérédité au dire de la famille. — Troubles psychiques avec conscience. — Hallucinations inconscientes de la vue et de l'ouïe, de la sensibilité générale et du sens génésique. — Systématisation par possession démoniaque. — Idées de suicide.*

Victorine Gr..., célibataire, quarante-trois ans, modiste, instruction secondaire, entrée comme pensionnaire à l'asile de

Marseille, le 24 juin 1880. Aucune hérédité dans la famille, au dire de la sœur. Elle affirme aussi que jusqu'en 1865, Victorine n'avait rien présenté d'anormal au psychique. La première crise aurait éclaté tout d'un coup, en 1865, à la suite d'une vive contrariété. Cette malade revient pour la quatrième fois. Depuis six ans elle jouissait de toutes ses facultés, quand le 10 juin, sans cause apparente, une nouvelle crise éclata. A son arrivée, Victorine Gr... est dans un état de vive anxiété ; elle gémit, ne reste pas en place. Interrogée, elle répond qu'elle est folle de nouveau, mais que cette fois elle ne guérira pas, et qu'elle veut se tuer pour en finir tout de suite. Victorine a conscience d'avoir l'esprit malade, les idées troublées, de n'être plus la même. Elle reconnaît que sa place est bien dans un asile, mais elle a des hallucinations de la vue et de l'ouïe auxquelles elle croit, et ces hallucinations lui font voir et entendre le diable. Dès lors, la systématisation s'enchaîne. C'est Dieu qui, pour la punir de ses légèretés — il paraît que, dans sa jeunesse, elle aurait eu quelques faiblesses — permet au diable de lui troubler les idées, de la faire souffrir, bref, de la rendre folle. Voilà près de deux ans que je donne des soins à cette malade, et la situation, cette fois, loin de s'améliorer, s'est aggravée par l'adjonction d'hallucinations de la sensibilité générale et du sens génésique. Victorine accuse son diable, tantôt de lui donner une tête de bois, tantôt de lui boucher le gosier, d'autres fois d'être par trop lutin. L'état de la conscience est resté le même, intact quant aux troubles psychiques, nul quant aux perversions sensorielles. Le désespoir de la malade s'est accru ; sans une surveillance continue elle se suiciderait.

Observation XXV. — *Hérédité maternelle. — Chute sur la tête. — Travail involontaire et conscient de la mémoire et de l'imagination. — Hallucinations rivales et inconscientes de l'ouïe. — Systématisation des troubles conscients et d'une partie des hallucinations par les hallucinations rivales.*

Rosalie Alez..., quarante ans, célibataire, domestique, instruction primaire, entrée d'office à l'asile de Marseille, le 28 juillet 1881. Mère morte dans l'établissement, sœur très hystérique. Jusqu'au 15 août 1880, bonne santé physique et psychique. A cette date, Alez... tomba d'une échelle, et la tête porta avec violence contre un meuble. A partir de cette chute, elle eut des insomnies et des maux de tête parfois

atroces, puis, dit-elle, un trouble bizarre survint dans son esprit, son imagination se mit à travailler sans qu'elle pût l'arrêter. Elle voyait défiler tous ses souvenirs; les pensées gaies, tristes, burlesques, se succèdaient sans relâche. Elle consulta un médecin qui prescrivit un traitement tonique et antinévrosique. L'imagination se calma, seuls l'insomnie et les maux de tête persistèrent. En octobre, elle entra comme domestique dans une maison où elle fut fort mal nourrie. Les troubles revinrent avec l'anémie. En janvier 1881, prenant une tasse de café préparée par sa propriétaire avec qui elle était souvent en dispute, elle l'entendit murmurer : « Si cette tasse ne suffit pas, une seconde suffira. » Elle se sentit toute la journée faible, mal à son aise, et en conclut à un empoisonnement. La nuit, de nombreuses hallucinations de l'ouïe l'assaillirent. Elle y ajouta foi. Elles étaient de deux ordres : les unes la persécutaient par des injures, des menaces; les autres lui indiquaient les moyens de se débarrasser des premières. Cet état, avec le temps, alla sans cesse en s'aggravant. Le jour, Alez... n'avait d'ordinaire que des troubles psychiques dont elle était consciente, du vague dans les idées, ou un travail exagéré de l'imagination; les perversions sensorielles se montraient de préférence la nuit. La malade systématisa tout un délire. La propriétaire, avec qui elle avait des relations tendues fut accusée de tout le mal. C'est elle qui l'avait fait tomber de l'échelle sur la tête pour lui troubler l'esprit, c'est elle qui, après avoir en vain tenté de l'empoisonner, envoyait la nuit des gens pour la tourmenter. Elle résolut, pour tenir cette ennemie en respect, de se conformer aux conseils des voix amies qui, sans doute, étaient celles des bons anges. Ces conseils, par malheur, étaient d'une extrême énergie. Non contentes de prescrire des prières, elles ordonnèrent d'abord le fouet que la malade s'administra consciencieusement, puis les stygmates du Christ, opération qu'Alez... se fit, mais en y apportant beaucoup plus de ménagement que pour la discipline. Heureusement pour elle, elle fut isolée. Depuis que cette pauvre femme est dans mon service, à peine huit mois, elle a marché rapidement vers la démence. Les maux de tête nocturnes sont parfois intolérables. Le jour, la malade est calme, s'occupe aux soins du ménage; les nuits sont très mauvaises. D'après mes renseignements, il n'y aurait pas d'antécédents syphilitiques.

Dans d'autres cas, plus étranges et bien plus difficiles à expliquer, les malades ont conscience de tous leurs troubles sensoriels et psychiques, ils apprécient sainement les désordres de leur esprit, ils savent maladives les voix ou les visions qui les poursuivent, et ils systématisent ! Ici encore, c'est la conscience qui engendre la systématisation. Ces aliénés ne veulent pas se reconnaître tels, puisque, disent-ils, ils raisonnent même leurs hallucinations et les jugent en gens sensés. Cette perception de leur état devient à leurs yeux la preuve péremptoire d'une cause extérieure, dont l'action engendre tout à la fois, les perversions sensorielles et le désordre intellectuel. Ils cherchent cette cause, croient la trouver et systématisent !

Observation XXVI. — *Pas de renseignements sur l'hérédité. — Syphilis antérieure. — Troubles psychiques conscients. — Hallucinations conscientes de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité générale, du sens génésique. — Systématisation par magnétisme.*

Le 2 décembre 1881, j'étais appelé dans une famille pour donner mon avis sur l'isolement d'une femme de chambre, qui depuis cinq mois, présentait des troubles psychiques. M^me^ Elisa Ben..., trente-sept ans, célibataire, était dans cette maison depuis douze ans, et s'était toujours fait remarquer par sa bonne conduite et son dévouement. Pas de renseignements précis sur les parents. M^lle^ Ben... m'avoua avoir eu à l'âge de vingt ans une syphilis, traitée avec plein succès par un traitement mercuriel longtemps suivi. Bonne santé psychique jusqu'à ces derniers temps. Cette femme a des illusions et des hallucinations de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité générale et du sens génésique. Le jour, les gens paraissent lui faire la grimace, la montrer du doigt. Elle entend les passants chuchoter à l'oreille, l'accuser d'avoir été jadis voluptueuse et d'avoir eu le mal. La nuit, ce sont des diables qui viennent

lutiner avec elle. La malade a la perception de tous ces désordres. Elle apprécie n'être plus la même au psychique. Suivant elle, ses idées parfois s'embrouillent, elle ne peut plus faire son service comme par le passé. Elle se rend aussi un compte exact de ses troubles sensoriels, et rapporte à des hallucinations tout ce qu'elle voit, entend et sent, par le corps. Toutefois, elle n'est pas en puissance de dominer les impressions de terreur que la vue des diables lui occasionne. Ainsi, une nuit qu'ils étaient plus amoureux et plus exigeants que jamais, elle a fui sur le toit pour se dérober à leurs étreintes. Mlle Ben..., qui, au dire de ses maîtres, a une intelligence et une instruction au-dessus de sa condition, raisonne sa situation mentale. Elle n'accepte pas d'être folle, vu qu'elle apprécie son état et qu'elle n'est pas dupe de son imagination. Il faut donc chercher une cause en dehors de la maladie et cette cause, elle croit l'avoir trouvée dans le magnétisme. Un baiser sur la bouche, donné par un fiancé, a produit sur elle une sensation étrange qu'elle n'avait point éprouvée dans ses amours de jeunesse et, d'après elle, de ce moment, datent les premiers troubles. Mlle Ben..., croit dès lors avoir été magnétisée par son futur. Sur mon avis, la malade fut placée le même jour dans mon service comme pensionnaire. Elle en sortit au bout de deux mois, guérie en apparence, mais j'ai des doutes sur cette guérison. Fine et intelligente, comme le prouve son délire même, à mon avis, cette femme a bien pu dissimuler pour ne pas rester dans l'établissement.

Observation XXVII. — *Hérédité congestive paternelle. — Onanisme. — Alcoolisme. — Troubles psychiques conscients. — Hallucinations conscientes de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité générale et du sens génésique, systématisation par délire des persécutions. — Affaiblissement intellectuel consécutif accompagné de la perte de conscience et de la transformation du délire.*

Armand d'Ar..., vingt-huit ans, instruction supérieure, célibataire, entré comme pensionnaire à l'asile de Toulouse en mars 1874. Père congestif, peu intelligent, défiant, dépourvu de sensibilité. D'Ar... a été de tout temps un être anormal. Habitudes d'onanisme invétérées. Après un échec à l'Ecole polytechnique, il s'adonna quelque temps à la boisson. J'ai suivi ce malade pendant près de trois ans à l'asile de Toulouse. A cette époque, conscient de ses troubles psychiques et sensoriels, il

les expliquait par une persécution qu'exercait contre lui sa famille, qui, il est vrai de le dire, ne lui avait jamais témoigné grande affection. Le délire était parfaitement systématisé. Sa famille, disait-il, pour le déposséder de ses biens, d'accord avec les médecins de l'établissement, lui faisait administrer dans ses aliments un poison, dont l'action lente mais énergique, devait le conduire à un abrutissement total, en le jetant dans l'état psycho-sensoriel qu'il constatait en lui-même. Au psychique, M. d'Ar... se plaignait de perdre la mémoire, d'être pauvre d'idées, incapable de suivre un raisonnement un peu soutenu, d'avoir le caractère tantôt d'une indifférence absolue, tantôt d'une susceptibilité extrême. Au sensoriel, il se reconnaissait halluciné de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité générale et du sens génésique; tous phénomènes symptomatiques à ses yeux d'un empoisonnement occulte. Conséquent avec lui-même, M. d'Ar... essayait, par mille moyens, de neutraliser l'action toxique, prenait mille précautions pour s'alimenter, et interprétait les moindres choses dans le sens de ses conceptions délirantes. Quand je quittai l'asile, l'intelligence de ce pauvre garçon s'affaiblissait, il devenait moins conscient, et des idées religieuses paraissaient germer dans son esprit. D'après une note qu'a bien voulu m'envoyer M. Bouteille, aujourd'hui les idées délirantes auraient subi une transformation complète dans le sens religieux.

De toutes ces observations découlent quelques considérations générales. J'ai parlé déjà de la genèse des idées de suicide par le fait de la conservation de la conscience. Je ne crains pas de revenir encore sur la fréquence de cette redoutable complication. Parmi mes quarante malades, quinze ont essayé de se donner la mort sous l'influence soit d'impulsions irrésistibles, soit du désespoir. D'après mon expérience personnelle, le suicide, avec la folie consciente, serait donc à redouter dans la proportion de 37 p. 100. Si on considère seulement l'influence du dégoût de la vie, né chez les malades de leur impuissance à se débarrasser de troubles dont ils reconnaissent le caractère morbide, abstraction

faite des impulsions irrésistibles, on trouve une proportion de 34, 2 p. 100. Ce sont là des chiffres considérables, puisqu'ils prouvent que l'intégrité du sens intime, réfléchi, met en danger la vie dans près d'un tiers des cas.

D'un autre côté, la folie avec conscience est peu curable. Conscients, ces malades dissimulent beaucoup pour sortir et, après chaque guérison, il faut mettre un grand point d'interrogation ; héréditaires, si réellement ils retrouvent l'équilibre cérébral, c'est pour le conserver à peine. On voit donc combien peu est consolant le pronostic de ce groupe vésanique. Une remarque avantageuse serait à faire : les fous conscients ne tombent en démence que rarement et très à la longue. Il y a toutefois des exceptions à cette loi, comme le prouvent quelques-unes de nos observations. Et puis, en réalité, est-ce là un avantage ? Les déments ne sont-ils pas encore les hôtes les moins malheureux des asiles et mieux ne vaut-il pas perdre l'intelligence que de la conserver pour se savoir aliéné ?

M. Billod, dans le remarquable discours qu'il prononça en 1869 à la Société médico-psychologique, a démontré, chiffres en mains, qu'en dehors de l'alcoolisme la folie avec conscience est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, et, avec raison, il l'a attribué à l'hystérie. Non seulement je partage cette opinion du savant aliéniste, mais je crois même — bien qu'en ma qualité de médecin en chef d'un service exclusif de femmes, je ne puisse fournir aucune statistique comparative — que, d'une manière générale, le sexe féminin est favorisé, si c'est là une faveur, du côté de la conser-

vation de la conscience, du moins dans le Midi et dans les grandes villes de cette région. Sans contredit l'alcoolisme et l'hystérie sont, en étiologie, après l'hérédité, les deux facteurs principaux. Or, l'hystérie, à quelques rares exceptions près[1], est exclusive à la femme; l'alcoolisme est commun aux deux. L'alcoolisme est plus fréquent chez l'homme sans doute; sur 64 aliénés conscients M. Billod a trouvé 53 alcooliques et sur 19 aliénées conscientes, 5; soit, pour les hommes, une proportion de 86 p. 100 d'alcooliques et, pour les femmes, une proportion de 26,3. Dans le Midi et surtout à Marseille, cet écart doit être facilement comblé; car l'hystérie y est d'une fréquence excessive, et plus encore que la folie alcoolique la folie hystérique est consciente. M. Moreau (de Tours), qui a si savamment étudié et décrit les vésanies névropathiques, voit en effet dans la conservation de la conscience un des caractères les plus saillants de cette maladie.

Avant de quitter l'étiologie je voudrais noter le rôle de la ménopause. Mes quarante observations comprennent trente-quatre femmes qui, d'après leur âge, se répartissent comme il suit : moins de 20 ans : 4; — de 20 à 30 ans : 4; — de 30 à 40 ans : 9; — de 40 à 50 ans : 15; — de 50 à 55 ans : 2. Ces chiffres sont éloquents.

Quels sont les troubles intellectuels les plus susceptibles de venir se refléter dans le sens intime et qui, partant, se prêtent le mieux à une saine appréciation de leur nature morbide? Je dirai tout d'abord qu'une conception délirante ne saurait jamais être consciente. La conception délirante, en effet, est un jugement,

[1] Moins rare que ne le pense M. Marandon. (B.)

c'est le résultat du travail de l'intelligence sur une perturbation des sens, de l'émotivité ou de la sensibilité. Les conceptions délirantes d'emblée n'existent pas par la simple raison que l'intelligence, exposée aux obtusions et aux affaiblissements, ne peut être pervertie. Toute conception délirante suppose soit des hallucinations, soit une perversion de l'émotivité ou de la sensibilité avec la complicité de l'intellect. Un de mes plus savants confrères de Marseille, le Dr Despine, a le grand mérite, à mon avis, d'avoir victorieusement mis en relief le rôle que jouent les perversions sensorielles et émotives dans la genèse des délires. En démontrant que les facultés intellectuelles proprement dites sont justiciables du seul trouble de l'affaiblissement, il a établi par cela même que la conception délirante exclut la conscience réfléchie. Quand M. Billod dit : « Il est une autre catégorie très curieuse d'aliénés ayant conscience de leur état, ce sont ceux qui non seulement ont la conscience d'être aliénés, mais qui ont celle de la fausseté de leurs *conceptions délirantes* et qui en sont tourmentés comme si elles étaient vraies », il confond deux choses très différentes, la *conception délirante* et la *représentation mentale*. L'obscurité qui règne encore sur tant de points de psychiâtrie tient beaucoup aux sens les plus opposés dans lesquels on emploie les mots. Dans le cas qui nous occupe, un exemple permettra de saisir toute ma pensée. Que l'on compare les conceptions de grandeurs d'un mégalomane persécuté aux idées ambitieuses d'un paralytique et l'on saisira toute la distance qui sépare les premières des secondes. Le mégalomane a des conceptions délirantes de grandeurs, le paralytique n'a que des représentations men-

tales à couleur ambitieuse. L'un est actif et juge, l'autre est passif et ne raisonne pas. Ainsi, comme je le disais plus haut, la conception délirante est un jugement, elle exige la complicité de l'intelligence et l'inconscience absolue du sujet. La représentation mentale est souvent automatique, même à l'état de santé, quand on est poursuivi par un souvenir absorbant; elle semble n'être qu'un écho affaibli de la sensation, à ce point que, pour Brierre de Boismont et son école, elle serait la source de l'hallucination; loin d'être fille de la raison, elle serait plutôt sœur de la mémoire. Or, ce sont ces représentations mentales qui sont souvent conscientes et dont le malade ne peut pas plus se débarrasser que certains criminels trouver l'oubli de leurs victimes. Une de mes observations est un cas très net de ce genre. M^lle^ Rose Kr... n'a jamais eu de conceptions délirantes, de persécutions avec conscience, ce qui serait une impossibilité psychologique, mais des représentations mentales conscientes à forme soupçonneuse. Tous les cas si intéressants rapportés par M. Billod peuvent s'interpréter ainsi.

Seuls l'obtusion intellectuelle ainsi que les désordres des sensations, de l'émotivité et de la sensibilité tombent sous l'appréciation du sens intime.

J'ai établi que dans quatre groupes de vésanies la conscience est un élément constitutif. De ces quatre groupes trois : l'hypochondrie morale de Falret, l'agoraphobie et le délire du doute sont essentiellement caractérisés par des perversions de l'émotivité. On a cru trouver dans les folies impulsives une maladie de la volonté, mais la volonté est une résultante, elle n'a pas d'existence propre en dehors des mobiles. La clinique

prouve qu'en réalité les impulsions irrésistibles avec conscience naissent de trois sources très différentes. Elles résultent de perversions sensorielles : c'est une hallucination de l'ouïe qui commandera de tuer ou de brûler; c'est une hallucination de la vue, à contours symboliques, qui entraînera au crime ou au suicide; c'est une hallucination de l'odorat et du goût qui poussera à des actes immondes. Elles résultent de perversions de l'émotivité, comme dans les observations V et VII. Elles sont enfin, d'autres fois, le produit de représentations mentales; le malade perçoit dans son esprit une voix psychique qui l'engage, le pousse, l'oblige. Les impulsions conscientes sont donc ou sensorielles, ou émotives, ou psycho-sensorielles; jamais elles ne sont purement intellectuelles, toujours elles se greffent sur un trouble des sens ou de la sensibilité.

Dans les cas où la conscience est un élément surajouté, l'obtusion intellectuelle avec son cortège d'absence de mémoire, de défaut de suite dans les idées, d'inaptitude au travail est, contre toute prévision, le trouble qui est le plus sainement apprécié des malades. Toutes mes observations l'établissent. Nous avons vu les épileptiques eux-mêmes, inconscients de leurs impulsions destructives et de leurs agitations violentes, recouvrer, avec le calme, la conscience de leur obtusion intellectuelle et se trouver à même de suivre pas à pas le réveil de leurs facultés pour peu que leur affection les épargnât un certain temps. Ce résultat est assez surprenant. Comment le sens intime réfléchi, c'est-à-dire la conscience unie à la réflexion, se maintient-il aussi fermé quand la logique elle-même fait défaut, quand le pouvoir syllogistique est brisé? Dans la

démence, qui est non plus l'évanouissement, mais la mort de l'intellect, l'inconscience est la loi.

Après l'obtusion intellectuelle viennent les troubles de l'émotivité et de la sensibilité. Par ordre de fréquence, nous trouvons d'abord les modifications du caractère et des instincts; en second lieu, les perversions lypémaniaques de la sensibilité. Jamais je n'ai rencontré un aliéné expansif, un mégalomane, avec la perception de sa situation maladive. Les fous conscients sont par excellence des lypémanes anxieux et gémisseurs.

Enfin, en dernier lieu, est l'exaltation cérébrale qui, quoiqu'on en ait dit, ne porte pas sur l'intelligence même, c'est-à-dire sur le jugement et la raison, mais sur ses auxiliaires, la sensation, la mémoire, la représentation mentale, l'imagination, l'émotivité et la sensibilité. J'ai donné des cas de manie bien propres à prouver la persistance de la conscience au milieu même des plus grands désordres de l'esprit. En outre, si on veut bien relire nos observations, on s'assurera que dans toutes il s'agit d'une agitation, violente et désordonnée à la vérité, mais simple, sans association d'idées de satisfaction ou de grandeurs. De cette constatation il résulterait encore que les conceptions mégalomaniaques ne sont jamais conscientes. L'observation II, où dans le cours d'une paralysie générale la conscience n'a duré que quelques heures et se liait à une rémission momentanée, n'infirme pas ce résultat.

L'hallucination est de tous les éléments du délire celui que la conscience apprécie le plus difficilement; même quand l'esprit la juge à sa valeur, souvent il

lui est docile ou l'interprète d'une façon délirante. C'est que la sensation est l'aliment quotidien de la vie psychique, que de tout temps et de tout âge il a été le conseiller fidèle, le guide en qui chacun a mis toute sa confiance. On doute de son esprit, on se méfie de sa sensibilité, mais on ne suspecte pas ses sensations. Aussi, n'ai-je jamais rencontré un malade qui fut conscient de ses perturbations sensorielles et inconscient de ses troubles psychiques.

Ce mémoire est loin de donner la solution de toutes les questions si nombreuses et si délicates que soulève la folie avec conscience au point de vue de l'étiologie, de la symptomatologie et du pronostic. Si les faits que j'ai rapportés ont été bien observés, ils auront cependant appelé l'attention d'une manière plus précise sur certaines particularités intéressantes. Les conclusions suivantes présentent sous une forme concise toutes les idées principales de mon travail :

I. Il conviendrait, pour éviter toute confusion, de comprendre sous la désignation de *folie avec conscience réfléchie*, les maladies qui méditent sur leurs troubles psychiques et qui, les analysant, en reconnaissent le caractère morbide.

II. L'état de conscience est ordinaire au *début* de toutes les vésanies et d'un grand nombre de cas de paralysie générale.

III. L'état de conscience se rencontre dans le *cours* des folies paralytiques quelquefois, des lypémanies aiguës souvent, des manies aiguës très fréquemment. Par contre, il est relativement rare à la terminaison des vésanies.

IV. La conscience est, en aliénation mentale, tantôt un *élément constitutif*, tantôt un *élément surajouté*. Elle est un *élément constitutif* dans l'hypochondrie morale, l'agoraphobie, le délire du doute et les folies impulsives. Je l'ai observé comme *élément surajouté* dans les diverses variétés de manies, la lypémanie aiguë, la stupidité, la folie circulaire, la lypémanie anxieuse, la panophobie, le délire des persécutions, la lypémanie ambitieuse, l'érotomanie.

V. Les aliénés conscients de ces deux groupes sont, pour le très grand nombre, des héréditaires appartenant aux classes instruites et aisées de la société. D'après mes observations, quand la conscience est un élément surajouté, l'hérédité se rencontre 79,4 p. 100, et les malades dans la proportion de 67,6 p. 100 appartiennent aux classes indiquées ci-dessus.

VI. Les aliénés conscients des deux groupes se recrutent dans la proportion de 75,7 p. 100 parmi les héréditaires, à prédisposition latente, jusqu'à l'éclosion de la folie.

VII. La paralysie générale, consciente quelquefois au début et à certains moments de son évolution, est toujours inconsciente dans la plus grande partie de sa durée. La folie épileptique est également inconsciente; toutefois, les phases diverses, par lesquelles passe l'activité de l'intellect après les attaques et dans leurs intervalles, viennent se refléter dans le sens intime, et sont par là, dans certains cas, un indice précieux pour le diagnostic de la forme vertigineuse ou nocturne.

VIII. La conscience, en aliénation mentale, peut être *complète* ou *incomplète*. La conscience *complète*,

d'après mon expérience, est plus fréquente que la *demi-conscience* dans la proportion de 70 p. 100. La statistique de M. Billod donne 76,3 p. 100.

IX. Les malades des classes aisées, comparés aux indigents, sont conscients dans la proportion de 66 p. 100, et demi-conscients dans la proportion de 80 p. 100.

X. La conscience parfaite est plus fréquente dans le délire général que dans le délire partiel, en proportion de 57 p. 100.

XI. Les indigents ne fournissent de contingent qu'au délire général; ils y sont même en assez grande majorité, dans la proportion de 61,5 p. 100.

XII. Dans les délires généraux avec conscience parfaite, les malades assistent en spectateurs aux troubles qui se déclarent dans leur esprit, en spectateurs conscients, mais impuissants à réagir et à imprimer le moindre changement à leur manière d'être psychique.

XIII. La conservation de la conscience dans certains cas de stupidité serait peut-être un argument puissant en faveur de l'existence de cette forme vésanique.

XIV. La conservation de la conscience dans certains cas de folie circulaire, grâce aux renseignements fournis par les malades eux-mêmes, permet de diagnostiquer d'emblée cette maladie.

XV. Dans le délire partiel, la conscience se trouve soit avec des troubles sensoriels isolés, soit avec des troubles psychiques isolés, soit avec des troubles psychiques et sensoriels combinés.

XVI. Quand la conscience parfaite existe avec des troubles sensoriels isolés, il s'agit d'hallucinations compatibles avec la raison.

XVII. Quand la conscience parfaite existe avec des

troubles psychiques isolés, la réaction anxieuse se produit d'ordinaire chez les malades.

XVIII. Quand la conscience parfaite existe avec des troubles psychiques et sensoriels combinés, les malades obéissent à leurs hallucinations qu'ils jugent morbides tout comme s'ils les croyaient vraies.

XIX. L'existence de la demi-conscience ne paraît pas conciliable avec le délire général, sauf peut-être dans la forme circulaire.

XX. Dans le délire partiel, la demi-conscience ne saurait exister, de toute évidence, avec les perversions sensorielles isolées, car elle suppose par sa nature même un trouble intellectuel concomitant.

XXI. Quand la demi-conscience existe avec des troubles psychiques isolés, la systématisation se base toute entière sur le fait même de la conservation de la conscience.

XXII. Quand la demi-conscience existe avec des troubles psychiques et des troubles sensoriels combinés, la conscience des premiers se combine avec l'inconscience des seconds, et deux cas se présentent. Toute systématisation peut faire défaut, les malades vivent indécis sans trouver une explication à ce qui se passe en eux et autour d'eux. Plus fréquemment la systématisation se produit serrée, logique; les malades expliquent les désordres intellectuels dont ils sont conscients par les perversions sensorielles dont ils sont inconscients.

XXIII. Dans quelques cas exceptionnels, les malades ont conscience de tous leurs troubles psychiques et sensoriels et de cette conscience absolue sort la systématisation. Elle devient à leurs yeux la preuve

péremptoire d'une cause extérieure qui agit sur eux. Ils cherchent cette cause, croient la trouver et systématisent.

XXIV. La conservation de la conscience aggrave le pronostic. Non seulement elle impose aux patients le supplice affreux d'assister impuissants aux désordres de leurs facultés, mais elle conduit au désespoir et, partant, au *suicide réfléchi* par dégoût de la vie. Cette redoutable complication s'est présentée dans mes observations en proportion de 34,2 p. 100.

XXV. Les aliénés conscients sont peu curables; s'ils guérissent, ils rechutent peu après. Toutefois, chez eux, la démence est rare et tardive.

XXVI. Après l'hérédité, l'hystérie et l'alcoolisme sont les deux facteurs principaux de l'étiologie de la folie consciente.

XXVII. En dehors de l'alcoolisme, la conservation de la conscience est incontestablement plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

XXVIII. Les folies conscientes paraissent se montrer de préférence chez la femme à la période de la ménopause.

XXIX. Les *conceptions délirantes* impliquent toujours la complicité de l'intellect et l'inconscience absolue; seules *les représentations mentales* peuvent être conscientes.

XXX. Les troubles qui se concilient le mieux avec la conservation de la conscience sont, par ordre de fréquence : l'obtusion intellectuelle, les troubles de l'émotivité, les modifications du caractère et des instincts, les perversions lypémaniaques de la sensibilité, l'exaltation cérébrale.

**XXXI. Les idées mégalomaniaques paraissent exclusives de la conservation de la conscience.**

**XXXII. L'hallucination est, de tous les éléments du délire, celui que la conscience apprécie le plus difficilement.**

---

# RECUEIL DE FAITS

---

## NOTES ET OBSERVATIONS SUR LA MICROCÉPHALIE;

Par BOURNEVILLE et WUILLAMIÉ (*Suite*[1]);

Nous avons publié, il y a un an, une première observation relative à la *microcéphalie*, et, dans les considérations qui l'accompagnaient, nous annoncions au lecteur la publication de nouveaux faits; voici la relation du second :

OBSERVATION II. — *Père : hébétude passagère, consécutive à une grande application à la musique. — Sœur idiote. — Deux frères : Mobilité. — Idiotie. — Microcéphalie. — Epilepsie : marche des accès. — Quelques succès d'éducation. — Corps étrangers de l'œsophage; asphyxie; mort. — Autopsie : poids du cerveau : 650 gr. — Description du cerveau.*

Edern (Auguste), âgé de seize ans, est entré à l'asile de Bicêtre (service de M. DELASIAUVE) le 13 janvier 1850.

*Antécédents.* — Son *père*, employé, paraît assez capable; il serait tombé, pendant un certain temps, par suite d'une trop grande application à la musique, dans un *état d'hébétude profonde*. Ce serait à ce moment-là que la mère de notre malade serait devenue enceinte de lui. Une *sœur* est morte *idiote*. Deux *frères* sont bien constitués, mais d'une mobilité extrême.

*Examen du malade.* — La *tête* est assez bien conformée, mais *excessivement petite*; elle est aussi légèrement déprimée au-dessus

[1] Voir t. IV, p. 52; juillet 1882.

des sourcils. Tout le reste du *corps* est normalement conformé. Les *organes génitaux*, surtout le pénis, sont très développés; onanisme; incontinence nocturne d'urine.

*Attitude.* — Son *regard* est stupide, sa *démarche*, ses *gestes*, tout en lui dénote la lourdeur et l'hébétement. Il est presque constamment en mouvement, faisant des gesticulations incohérentes; il *salive* de temps en temps.

*Parole.* — Son vocabulaire est excessivement restreint et se réduit à quelques mots qu'il articule confusément : « *Non, papa, maman, chameau, cochon.* » On est parvenu à l'étendre un peu et à lui faire appeler plus ou moins bien les personnes du service, « *M. Dezairs, MMes Morel, Coutarel* ».

*Caractère.* — Ed... a des périodes de calme où sa physionomie est douce; dans d'autres, au contraire, il est sujet à des accès de colère difficiles à réprimer. Il a une sorte de besoin d'*approbation*; il est sensible à la flatterie; un *refus*, une *préférence* provoquent son ressentiment, le rendent maussade et lui font repousser, avec un dédain irrité, les offres les plus séduisantes. La *vue d'objets éclatants*, la *musique* lui causent une vive impression et lui arrachent des transports frénétiques. « Beau, çà! » En dehors de ces stimulants assez vifs, *son attention est difficile à fixer.*

Ed... est, en outre, sujet à des *accès d'épilepsie* sur l'origine desquels nous n'avons pas trouvé de renseignements.

« Rien n'avait été tenté pour cet idiot dans l'asile, dit M. Delasiauve, lorsqu'un sentiment de bienveillance porta M. Dezairs à s'en occuper. Connaissant son genre d'impressionnabilité, il réussit aisément à captiver son intérêt par les modulations variées de divers instruments, et notamment par les sons tantôt bruyants et rapides, tantôt graves et cadencés du tambour. Ed... était donc susceptible d'attention. Première conquête. Pouvait-il le devenir de réflexion? C'était une épreuve à tenter. L'achat de quelques jouets pour la section nous fournit bientôt l'occasion d'expérimentations curieuses.

« Parmi ces jouets se trouvaient des pistolets-canonnières; Ed... s'en était épris. Leur détonation le réjouissait : « Beau, çà! » s'écriait-il en riant aux éclats, en trépignant de plaisir et en agitant tumultueusement ses bras; puis, tendant l'oreille pour mieux entendre : « Encore! encore! » ajoutait-il.

« Il apprit d'abord le premier des trois temps dont le tir se compose. Plusieurs séances furent nécessaires. Ses yeux, au début, erraient vaguement sur l'arme sans s'y fixer. Dès qu'on eut triomphé de cette inattention, on passa au mécanisme de la manœuvre.

« Mais en vain lui maintenait-on la main gauche sur le canon, en forçant l'autre à pousser brusquement la tige; aussitôt qu'on cessait de le diriger, il abandonnait l'instrument, ou du moins

l'opération avortait, soit par suite d'une pression incertaine et inégale, soit en raison du déplacement des doigts, venant malencontreusement appuyer sur le bouchon, se prendre dans la corde ou s'interposer entre le manche du piston et l'extrémité inférieure du tube.

« La constance, toutefois, eut raison de l'inaptitude. Ed... finit par réussir, et ce succès flatta tellement son amour-propre qu'il fut empressé de renouveler les explosions, et devint fort attentif aux deux phases du chargement, dont il comprit très rapidement la succession. Il put retirer le piston sans obstacle; mais il en fut tout autrement pour l'introduction du bouchon, qu'il faisait entrer dans le tube par le gros bout, en travers ou imparfaitement, et qui ne put être surmonté qu'après de nombreuses tentatives.

« Ce développement rudimentaire parut d'ailleurs l'instigateur d'une sorte de réveil intellectuel révélé tout à la fois par des traits moins obtus, une manifestation plus modérée des impressions, et par une certaine initiative. Ed... variait spontanément son tir, se servant des deux mains ou d'une seule, appuyant la crosse du pistolet sur sa poitrine, sur le parquet ou sur un meuble, imprimant au canon des directions diverses, ripostant aux attaques, et trahissant sa satisfaction quand, feignant d'être atteint, son adversaire lui laissait croire au succès de son tir.

« Le maniement du pistolet-canonnière ne fut pas le seul essai tenté. Ed... eut à faire fonctionner un de ces moulins à vent, qui tournent par le va-et-vient d'une ficelle enroulée sur l'axe qui supporte les ailes.

« Céder et reprendre à propos, pour que la rotation s'effectue tour à tour et sans intermission dans un double sens, constituent ici une difficulté qu'on ne surmonte pas toujours immédiatement. L'idiot surtout continue la traction, et le mouvement cesse. A notre vive surprise, Ed... s'est formé assez promptement à cet exercice. Une chose plus simple, en revanche, a été plus péniblement obtenue. La résistance d'Ed... pour le jet de la boule, dont on fait usage dans les jeux de quilles, a été opiniâtre et longue. Il la laissait rouler à ses pieds, faute, en partie, de pouvoir fixer ses doigts dans les trous. Maintenant, il réussit à lui faire parcourir une certaine distance. Toutefois, cet acte est fait sans rectitude et sa visée demeure incertaine.

« Au jeu de tonneau, le résultat est encore incomplet, mais non tout à fait stérile. Bien que mal lancés ou s'égarant au hasard, en deçà ou au delà du but, ses palets mesurent, en vacillant, une proportion plus exacte. Pour le cerveau, après avoir paru très longtemps étranger au mécanisme de sa marche, il laisse voir, aujourd'hui, la volonté de le conduire. Dans les batteries de tambour, au lieu d'emmêler les baguettes, de les saisir par le gros bout ou le milieu, et d'en atteindre à chaque fois les rebords de la caisse, il

commence à alterner le choc des olives à la place voulue et avec une certaine régularité.

« Au gymnase, nous avons, le prenant à part, obtenu en bien des points des progrès relatifs : il monte et descend à une échelle ordinaire, s'y retournant, non sans hésitation, d'avant en arrière et réciproquement; il se tient à la force des poignets, soit suspendu aux degrés de l'échelle transversale, soit soulevé sur les barres parallèles, ou il se prête aux mouvements qu'il voit accomplir; la course volante en rond, la balançoire ont le don de le passionner; graduellement, il est parvenu à exécuter assez prestement le saut en s'élançant d'une hauteur d'environ un mètre ou en franchissant une corde tendue à *trente* ou *quarante* centimètres au-dessus du sol; il conduit enfin, sans trop dévier de l'équilibre, une brouette remplie de terre ou de sable.

« Par un effet nécessaire et logique, ces perfectionnements ont heureusement réagi sur les virtualités conceptives, artistiques et morales. Les facilités croissant avec les désirs, la vie commune est devenue tout à la fois pour Ed... une source d'utiles enseignements et de plaisirs variés. L'imitation spontanée amena chaque jour une conquête imprévue dans les actions usuelles.

« Il a seul appris, pour ainsi dire, à fermer comme à ouvrir les portes et les croisées, à écarter ou à approcher les rideaux, à déployer ou à replier un parapluie, à laver ses mains, et une foule d'autres soins auxquels antérieurement il était incapable de s'appliquer. Dans nos visites auxquelles il s'associe fréquemment, portant avec gravité les cahiers des élèves, s'il nous arrive d'explorer attentivement un malade, lui aussi penche l'oreille pour ausculter, pose la main pour tâter le pouls, et prend son air le plus bénin et son accentuation la plus douce pour témoigner sa compassion.

« L'expansion succédant à l'inertie, une physionomie plus ouverte et plus sereine, une attitude plus décente, moins de tendance à l'irritation et à la colère, des démonstrations plus senties et plus affectueuses, l'enrichissement du langage par une multitude de mots, nés de l'accroissement des pensées et du besoin de les traduire, telle est, au point de vue de la sensibilité, la transformation subie par Ed..., transformation remarquable surtout pour ceux qui peuvent remonter au point de départ. Elle nous laisserait l'espoir et la confiance d'appliquer un jour cet intéressant idiot à quelque fonction utile, si malheureusement les crises nerveuses, auxquelles il est sujet, ne revenaient à de courts intervalles anéantir les forces corporelles, opprimer le jugement et menacer l'existence. »

De 1850 à 1861, Ed... a été atteint de complications et de maladies intercurrentes diverses que nous allons énumérer : en 1853, *varioloïde*; en juin de la même année, en octobre 1854, en

janvier 1855, en novembre et décembre 1857, *congestions méningitiques* succédant à des séries d'accès. A partir de 1857, les accès sont devenus plus violents et plus nombreux. Voici d'ailleurs leur marche de 1850 à 1860 :

| ANNÉES. | ACCÈS. | ANNÉES. | ACCÈS. | ANNÉES. | ACCÈS. |
|---|---|---|---|---|---|
| 1850. . . | 3 | 1854. . . | 47 | 1858. . . | 167 |
| 1851. . . | 30 | 1855. . . | 47 | 1859. . . | 188 |
| 1852. . . | 35 | 1856. . . | 45 | 1860. . . | 180 |
| 1853. . . | 64 | 1857. . . | 151 | 1861. . . | ? |

1861. 25 *novembre.* — En mangeant du ragoût de mouton, deux morceaux de côtes se sont arrêtés dans l'œsophage, ont exercé une compression sur le larynx et déterminé la *mort par asphyxie.*

AUTOPSIE. — *Thorax* : engouement pulmonaire ; — *corps étrangers de l'œsophage.* — Les autres organes n'ont rien offert de particulier.

Le *cerveau* pesait 650 gr. Il a été remis à M. Broca, qui l'a fait mouler et déposer au musée de la *Société d'anthropologie.* M. Ducatte, dans sa thèse[1], en a tracé une description minutieuse que nous ne pouvons reproduire à cause de sa longueur ; nous nous bornerons aux points principaux :

*Description du cerveau.* — « La plus grande longueur du cerveau, 128 millimètres ; de l'extrémité frontale antérieure à la scissure de Rolando, le long du bord sagittal, 88 mill. ; de la scissure de Rolando à la scissure occipitale externe, 36 mill. ; de celle-ci au pôle occipital, 23 mill.

« La plus grande largeur du lobe frontal, 85 mill. ; du lobe temporal, 98 mill. ; du lobe occipital, 73 mill. La plus grande hauteur, 60 mill., et la circonférence horizontale, 377 mill.

« La longueur réduite à 100, on a les proportions suivantes : longueur du lobe frontal, 68,75 ; du lobe pariétal, 28,12 ; du lobe occipital, 17,96 ; largeur du lobe frontal, 66,40 ; du lobe pariéto-temporal, 76,56 ; du lobe occipital, 57,03 ; la plus grande hauteur, 46,87 ; la circonférence horizontale, 294,53.

« En comparant Ed... à la négresse de M. Baillarger, on trouve les différences suivantes proportionnellement à la longueur totale : En faveur d'Ed..., longueur du lobe frontal, 4,62 ; largeur du même lobe, 2,27. En faveur de la négresse, longueur du lobe pariétal, 7,74, et du lobe occipital, 5,95 ; largeur du lobe temporal, 13,65, et du lobe occipital, 3,83 : plus grande hauteur, 13,99 ; circonférence horizontale, 8,73. »

[1] *La microcéphalie au point de vue de l'atavisme* ; thèse de Paris, 1880. Les deux PLANCHES que nous avons fait faire par M. Leuba, d'après le moulage du Musée d'anthropologie, permettent de se rendre compte des principaux caractères que présente l'encéphale.

Les PLANCHES I et II, qui accompagnent cette observation, nous permettent de nous borner à une courte description.

Les *lobes frontaux* sont aplatis, très allongés, irréguliers. La *première circonvolution frontale* ($F_1$), des deux côtés, occupe la plus grande partie du lobe frontal, de sorte que les autres circonvolutions du lobe semblent refoulées et atrophiées à son avantage ; à droite, elle semble s'étendre jusqu'à la scissure de Rolando en refoulant en bas et en arrière la circonvolution prérolandique. Des deux côtés, elle présente l'incisure longitudinale propre à l'homme; cette incisure est plus longue à gauche, où elle se termine en arrière par une bifurcation qui représente la partie supérieure du sillon prérolandique; à droite, elle gagne obliquement en arrière le bord sagittal de l'hémisphère, sans bifurcation.

La *deuxième circonvolution frontale* ($F_2$), à gauche et à droite, est très petite, refoulée par la première, de telle sorte qu'elle semble avoir perdu ses connexions normales avec la circonvolution frontale ascendante en arrière, et la face orbitaire du lobe frontal en avant.

La *troisième circonvolution frontale* ($F_3$) est divisée de chaque côté en deux parties, antérieure et postérieure, par l'angle supérieur de la fosse sylvienne et l'incisure longue à gauche, rudimentaire à droite. L'espace compris entre l'extrémité inférieure de la circonvolution frontale ascendante *(Fa)* et cette incisure est extrêmement atrophié. C'est dans la partie la plus postérieure de cet espace qu'est localisée la faculté de la parole : Edern, on se le rappelle, ne prononçait que quelques mots.

La PLANCHE II donne une idée très exacte de la disposition des trois *circonvolutions orbitaires* ($O_1$, $O_2$, $O_3$) de leurs *incisures* et des *sillons* qui les séparent.

Revenons à la face convexe (PL. I). La *frontale ascendante gauche (Fa)* est irrégulière, mais assez distincte, tandis que la *droite* est très irrégulière, pour ainsi dire absorbée par la première circonvolution frontale. Le *sillon de Rolando* est moins profond qu'à l'état normal et s'arrête à une certaine distance au-dessus de la scissure de Sylvius, « comme chez le fœtus de neuf mois », écrit M. Ducatte.

La *première circonvolution pariétale* (PL. I) offre sur le bord supérieur une incisure courbe qui est la terminaison de la scissure sous-frontale.

La *deuxième circonvolution pariétale*, mince dans sa partie antérieure qui se continue avec la première temporale, s'élargit vers l'extrémité du premier sillon temporal, dans sa partie postérieure qui présente plusieurs incisures.

La *première circonvolution temporale* ($T_1$) s'anastomose avec la seconde en avant et avec la deuxième pariétale ($P_2$) en

arrière. — La *seconde circonvolution temporale* ($T_3$) s'anastomose avec la deuxième pariétale en arrière et, en avant avec les *troisième* et *quatrième temporales* (PL. II). $T_3$, $T_4$. — Les lobes occipitaux sont très petits.

« Entre le sillon occipital et la scissure calcarine, dit Ducatte, s'étend le lobule sous-occipital, formé des quatrième et cinquième circonvolutions occipitales, continues en avant avec les troisième, quatrième et cinquième temporales. La quatrième occipitale s'unit avec les troisième et quatrième temporales fusionnées; la cinquième occipitale avec la cinquième temporale par le pli de passage occipito-hippocampique. A gauche, la quatrième et la cinquième circonvolutions temporales sont séparées par un sillon linéaire qui, en avant, s'arrête à un peu plus d'un centimètre du bord antérieur du lobe temporal, et, en arrière, dans la portion antérieure de la cinquième circonvolution occipitale où la cinquième temporale s'anastomose avec la cinquième occipitale et celle-ci avec la troisième et la quatrième temporales fusionnées. A droite, la quatrième et la cinquième circonvolutions temporales sont séparées par un sillon très long qui, en avant, s'étend presque jusqu'au bord antérieur du lobe temporal, et, en arrière, se bifurque en deux branches dont l'externe sépare la quatrième de la cinquième circonvolution occipitale et l'interne se perd dans la cinquième occipitale, près de l'extrémité antérieure de la scissure calcarine. »

Nous n'ajouterons aucun commentaire sur les scissures, les sillons, etc., ni sur la face interne que le moulage et les planches n'ont pu reproduire et nous terminerons par quelques remarques très brèves.

I. La description résumée du cerveau montre que, en maintes régions, on observe un état fœtal.

II. Dans ce cas, de même que dans celui de Ch... (*Archives de Neurologie*, t. IV, p. 52-60), la *microcéphalie* est indubitable, puisque, d'après Broca, la microcéphalie commence lorsque le cerveau pèse 1,049 gr. chez l'homme et 907 gr. chez la femme, et que le cerveau d'Ed... ne pesait que 650 gr.

III. La comparaison entre les PLANCHES I et II, relatives au cerveau d'Ed..., et les PLANCHES I et II du tome IV, qui représentent le cerveau de Ch..., permettra de constater de profondes différences entre ces deux cas de microcéphalie.

IV. Au dire de Gratiolet, « les microcéphales constituent une catégorie particulière de nains ne dépassant guère la taille des enfants de dix ans... » Ed... avait une taille bien au-dessus de la moyenne, et Ch... mesurait 1 m. 65.

V. Ducatte pense que, « chez les microcéphales, il y a tou-

jours, avec ou sans atrophie des organes génitaux, absence complète de manifestations génésiques, à l'exception, toutefois, de Conrad Schuhelndreyer[1], qui, une seule fois, eut l'air de vouloir violer la femme de son frère, et de la Paria indoue, de Shortt, qui eut, paraît-il, un enfant mort-né ». L'état et le fonctionnement des organes génitaux, chez nos deux malades, ne confirme pas cette opinion.

Comme on le voit par ces quelques remarques, l'histoire de la microcéphalie est loin d'être faite. C'est avec des observations bien prises, des descriptions précises et des planches dessinées avec un soin méticuleux, qu'il sera possible d'arriver à une notion précise. Ce qui ressort, cependant, de ces deux observations et de la comparaison des planches, c'est que la *microcéphalie* n'est pas toujours due au même genre d'arrêt de développement.

---

# REVUE CRITIQUE

---

## SUR LA NATURE ET SUR QUELQUES-UNS DES SYMPTOMES DE LA MALADIE DE BASEDOW;

Par Pierre MARIE.

La maladie de Basedow a passé par des fortunes bien diverses depuis qu'elle a été élevée au rang d'entité morbide, et l'ingéniosité des physiologistes en chambre s'est exercée sur elle avec une prédilection toute particulière; pneumogastrique ou grand sympathique, affection du cœur ou anémie, tout ce qui de près ou de loin a quelque rapport avec le goitre et l'exophthalmie, tout cela, disons-nous, est devenu la base d'une théorie sur la pathogénie de cette affection. Fallait-il dilater un vaisseau? vite on paralysait le grand sympathique;

[1] Vogt. — *Mém. sur les microcéphales*, p. 26.

— faire contracter des fibres musculaires lisses? on excitait ce même grand sympathique; — accélérer les battements du cœur? ici, grand embarras, quel choix faire entre l'excitation de ce nerf et la paralysie du pneumogastrique? Il en est, croyons-nous, en pathogénie comme en thérapeutique : beaucoup de remèdes, peu de guérisons; beaucoup de théories, peu de vérité.

Nous n'avons pas, pour notre part, l'intention d'ajouter une nouvelle hypothèse à toutes celles qui ont été émises à plaisir sur ce sujet; mais, comme il nous arrivera forcément, dans l'interprétation des symptômes de la maladie de Basedow, d'employer, faute de mieux, le mot de névrose, nous tenons à donner dès maintenant une brève explication à ce sujet. Certes, nous nous garderions bien, et pour cause, de chercher à définir ce que c'est qu'une névrose; aussi, nous ne nous servirons de ce mot que dans le sens purement conventionnel d'affection caractérisée par un trouble des fonctions nerveuses d'une nature spéciale, et ne s'accompagnant pas des lésions que l'on observe plus ou moins communément dans les autres affections.

Dans un récent travail [1] inspiré par notre maître, M. le professeur Charcot, nous nous sommes efforcé de démontrer que la maladie de Basedow était due, non pas à l'altération plus ou moins apparente de tel ou tel nerf, non pas même à une névrose du pneumogastrique ou du grand sympathique, mais à une névrose affectant les caractères d'une névrose générale. Nous préférons ce mot de névrose générale à celui de névrose centrale, parce que cette dernière épithète préjuge en quelque sorte un siège à cette affection, et que, de plus, elle n'exprime pas assez, à notre avis, la dissémination à tout l'organisme des symptômes observés.

Plus récemment encore a paru un travail fort intéressant de notre ami G. Ballet, sur quelques troubles dépendant du système nerveux central dans le cours de la maladie de Basedow, et dont le titre seul indique assez l'esprit dans lequel il a été conçu [2]. C'est ainsi que l'auteur y rapporte plusieurs

[1] P. Marie. — *Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow.* Thèse de Paris, 1883.

[2] Gilbert Ballet. — *De quelques troubles dépendant du système nerveux central observés chez les malades atteints de goitre exophthalmique.* (*Revue de médecine*, avril 1883.)

observations, dans lesquelles les malades présentèrent de véritables attaques épileptiques ou des attaques épileptiformes; dans d'autres cas, il montre que des phénomènes paralytiques plus ou moins prononcés peuvent survenir, et que ces phénomènes peuvent consister soit en hémiplégies, soit en paraplégies, soit en une gêne plus ou moins accentuée de certains mouvements volontaires; on a même observé une paralysie à forme hémiplégique accompagnée de troubles de la sensibilité (hémianesthésie) et même d'un léger degré d'aphasie passagère. En outre de ces accidents placés sous la dépendance immédiate du système nerveux central, M. Ballet en signale d'autres qui, bien certainement, sont dus à un mécanisme analogue. Nous voulons parler des troubles de la sécrétion urinaire : polyurie, glycosurie, albuminurie, qui, très probablement, et nous partageons en cela l'opinion de M. Ballet, sont beaucoup plus fréquents qu'on ne serait tenté de le croire, d'après les observations recueillies jusqu'à ce jour.

Nous-mêmes nous avons, dans le travail cité plus haut, rapporté un certain nombre d'observations soit personnelles, soit puisées dans des publications diverses où se trouvent signalés des symptômes dépendant très vraisemblablement d'un trouble des fonctions du système nerveux central. *Diarrhées paroxystiques* présentant ce caractère spécial de survenir d'une façon brusque, généralement sans coliques, de durer quelques heures et de se terminer non moins brusquement qu'elles avaient commencé; — *boulimie*, ou tout au moins violents et fréquents accès de fringale; — vomissements quelquefois incoercibles; — accès d'angoisse précordiale revêtant absolument l'aspect du syndrôme *angine de poitrine*; — *augmentation du nombre des respirations* qui se trouvent portées en moyenne au chiffre de vingt-quatre par minute; — *toux* fréquente, quinteuse, sans expectoration notable; — *sueurs* abondantes généralisées ou localisées, s'accompagnant souvent d'une sensation de chaleur purement subjective; — *manifestations cutanées* telles que vitiligo, taches pigmentaires, chute des sourcils et des cils, urticaire, etc.

Tous ces symptômes si divers pourraient à la rigueur, pris isolément, s'expliquer, il est vrai, par l'hypothèse d'une altération des nerfs pneumogastrique ou grand sympathique, mais quand on les voit exister chez le même malade simultanément, quand on les voit coïncider avec des troubles psychiques

ou avec les phénomènes décrits par M. G. Ballet (accidents convulsifs, hémiplégie, hémianesthésie, glycosurie, etc.), comment pourrait-on s'arrêter à cette idée qu'une altération plus ou moins grossière du nerf vague ou du grand sympathique soit seule en cause ?

D'ailleurs, il est un autre phénomène propre à la maladie de Basedow, dont nous avons, dans notre thèse, fait une étude détaillée, et qui nous semble apporter un argument précieux à la manière de voir que nous venons d'exposer : c'est le *tremblement*. Dans aucun des quinze cas de maladie de Basedow, type ou fruste, qu'il nous a été donné d'observer, nous n'avons vu manquer ce symptôme ; aussi avons-nous cru, dans nos conclusions, pouvoir le considérer comme constant dans la maladie de Basedow, et nous sommes-nous efforcé de décrire les caractères particuliers qui permettent sinon de le considérer comme absolument spécial à cette affection, du moins de le distinguer des tremblements observés dans d'autres affections (paralysie agitante, tremblement sénile, paralysie générale, alcoolisme). Dans ses formes les mieux accentuées, ce tremblement est généralisé et occupe les différents muscles du corps ; mais fréquemment aussi, il n'est constatable qu'aux seules extrémités, et notamment aux extrémités supérieures ; quelquefois assez prononcé pour rendre celles-ci tout à fait inhabiles à certains travaux (écriture, couture, etc.), il est souvent moins marqué, et, pour le reconnaître, il est nécessaire de faire étendre le bras du malade et d'observer directement sa main et ses doigts. Le rhythme de ce tremblement est assez rapide, surtout si on le compare à celui du tremblement sénile ou de la paralysie agitante, et avec le tambour à réaction dont nous avons fait usage, nous avons constaté que le chiffre moyen des oscillations par seconde est de huit et demi, tandis que, dans les deux maladies ci-dessus désignées, il n'est que de cinq ou six oscillations dans le même laps de temps.

Du reste, l'existence du tremblement dans la maladie de Basedow n'avait pas échappé à un certain nombre de médecins, et nous avons pu relever sa mention dans dix-huit observations provenant de différents auteurs ; mais son existence n'avait pas frappé spécialement l'attention de la plupart de ces auteurs, qui se sont contentés purement et simplement de le noter ou qui ont rapporté son apparition à la présence d'altérations des centres nerveux indépendantes de la maladie

de Basedow. Parmi les médecins qui avaient déjà remarqué le tremblement de la maladie de Basedow, il en est un, M. Guéneau de Mussy, que nous avons omis de citer dans notre thèse. Son mémoire[1] sur ce sujet nous étant inconnu à cette époque, M. Fernet a bien voulu nous le signaler et nous sommes heureux de réparer ici notre omission, les faits qui y sont rapportés sont trop intéressants et concordent trop bien avec ceux des autres auteurs et les nôtres pour que nous manquions l'occasion d'en donner un rapide résumé.

Observation I. — Jeune mariée de dix-neuf ans; surmenage intellectuel; exophthalmie; goître. Pouls : 120. « Les mouvements étaient saccadés, irréguliers, tout à fait choréiques; ce trouble des fonctions motrices persistait pendant le sommeil qui était interrompu et agité. Les yeux, saillants outre mesure, étaient par moments agités d'une sorte de nystagmus; pendant plusieurs semaines les anomalies de la fonction locomotrice furent poussées si loin que la malade ne put pas marcher; elle faisait quelques pas irréguliers, et tantôt se précipitait en avant, tantôt se rejetait en arrière; elle sentait d'ailleurs très bien qu'outre son arythmie et son incohérence, la contractilité musculaire était affaiblie; en explorant le pouls, de fréquents soubresauts des tendons se faisaient sentir au niveau du carpe. » — Crises de vomissements inquiétants par leur persistance; d'autres fois, après plusieurs semaines de constipation, des crises de diarrhée soudaines, violentes, mais de peu de durée. Au bout de huit ou dix mois, les mouvements choréiformes cessèrent pour ne plus reparaître, bien qu'il y eût toujours quelque chose de brusque et de saccadé dans ses mouvements, et un peu de tremblement dans les membres. La voix était habituellement rauque; il y avait une toux fréquente, quinteuse, persistant avec opiniâtreté. Quelques mois plus tard, la malade succomba, probablement à la suite d'une tuberculose pulmonaire aiguë.

Observation II. — Homme atteint d'une affection cardiaque, présentant une tuméfaction du corps thyroïde et une saillie considérable de l'œil limitées au côté droit, et ayant des mouvements choréiformes dans le bras du même côté.

Observation III. — Demoiselle de trente ans; saillie anormale au côté droit du cou; lobe droit du corps thyroïde très volumineux. — Les deux yeux sont saillants, mais l'œil droit l'est beaucoup plus que le gauche. Quand, étant assise, elle appuie la pointe du

[1] Mémoire lu à la *Société de Thérapeutique* (9 novembre 1881) par M. Guéneau de Mussy.

pied sur le sol, elle est parfois prise de tremblement; elle a remarqué ce phénomène qui n'est pas constant, et elle ignore s'il est plus prononcé d'un côté que de l'autre. Pouls : 132.

Observation IV. — Homme de quarante ans, arthritique, lymphatique, hypochondriaque; amaigrissement considérable; exophthalmie; plus tard, goitre. Pouls : 120 à 128. — Coloration bistre foncée de la face avec plaques pigmentaires en virgules dans les fosses temporales et sur la paupière inférieure. Quand il était debout, il écartait les jambes d'une manière insolite, comme s'il avait besoin d'élargir sa base de sustentation, et quand, étant assis, il soulevait le pied en l'appuyant sur sa pointe, tout le membre se mettait à trembler jusqu'à ce qu'il laissât le talon retomber sur le sol. Ses bras tremblaient fortement quand il les étendait en écartant les doigts. Sur les deux côtés du cou et au niveau du médiastin, il y avait tuméfaction des ganglions lymphatiques.

M. Guéneau de Mussy fait à ce propos remarquer les troubles de l'innervation cérébro-spinale présentés par ces quatre malades, simulant la chorée chez deux d'entre eux, et revêtant chez les deux autres l'aspect de tremblement; il pense que ce tremblement pourrait bien exister plus souvent qu'on ne le signale généralement. Il se demande si le développement des symptômes de la maladie de Basedow n'est pas, jusqu'à un certain point, sous l'influence de l'incitation produite sur le pneumogastrique par les ganglions tuméfiés situés au voisinage de ce nerf. Peut-être la maladie de Basedow serait-elle d'origine périphérique comme certaines myélites? Peut-être la production exagérée du pigment cutané serait-elle due (ainsi que le pense M. Grunhow, *Congrès international* de Londres) aussi à cette incitation morbide du pneumogastrique qui, on le sait, prend une si grande part dans la formation du plexus solaire.

Et maintenant que nous avons énuméré tous ces symptômes si divers, ne semble-t-il pas plus rationnel de les rapporter à un état morbide spécial qu'à une altération localisée au tronc de tel ou tel nerf? D'ailleurs, si, abandonnant pour quelques instants le terrain purement clinique sur lequel nous nous sommes placé jusqu'à présent, nous voulions, nous aussi, emprunter à la physiologie quelques arguments à l'appui de notre manière de voir, ne pouvons-nous pas invoquer en sa faveur les expériences de Filehne[1]? On sait, en effet, que cet auteur

[1] W. Filehne. — *Zur Pathogenese der Basedow'schen krankheit* (*Sitzungsberichten der physik. med. Societât zu Erlangen*, 14 juillet 1879).

parvint, dans un cas chez le lapin, par la cautérisation du quart supérieur des corps restiformes à produire simultanément la tachycardie, le goître et l'exophthalmie (celle-ci était, paraît-il, peu prononcée); plusieurs fois, la section pratiquée au même niveau amena l'apparition isolée d'un ou de deux de ces symptômes. C'est donc là une expérience qui prouve assez nettement que le fameux trépied qui sert de base au goître exophthalmique peut être directement produit par une lésion centrale. Est-ce à dire pour cela que l'on puisse produire expérimentalement la maladie de Basedow? Nous ne le croyons pas, du moins dans l'état actuel de la méthode expérimentale. En effet, nous admettons que l'on puisse, comme l'a fait Filehne, donner naissance, soit isolément, soit simultanément, à la tachycardie, au goître, à l'exophthalmie; on aura produit ainsi un goître exophthalmique, mais non la maladie de Basedow, de même que la piqûre du quatrième ventricule donne naissance à la glycosurie, mais non au diabète, de même qu'une lésion de la partie postérieure de la capsule interne produit l'hémianesthésie, mais non l'hystérie. Nous l'avons déjà dit, la maladie de Basedow ne dépend pas uniquement de la triade goître, exophthalmie, etc., elle est constituée aussi et surtout par cet état nerveux particulier que nous avons décrit plus haut et dont le tremblement est un des symptômes les plus nets et les plus constants.

Aussi pourrait-on, jusqu'à un certain point, admettre l'*existence distincte d'un goître exophthalmique et de la maladie de Basedow*. Dans la première classe, on rangerait ces goîtres, dans le cours desquels on pourrait voir (ainsi que notre excellent collègue Bénard en a publié des exemples récemment), par suite de la compression, survenir de l'exophthalmie, et qui nous semblent faire partie de cette variété que notre maître, M. Le Dentu, appelle *le goître exophthalmique chirurgical*; la seconde classe, la *maladie de Basedow proprement dite*, serait constituée par les cas où se trouvent coïncidant ou non avec la célèbre triade le tremblement et les phénomènes nerveux multiples dont nous avons parlé plus haut.

---

# DU MÉRYCISME;

Par BOURNEVILLE et SÉGLAS.

## I. — DE LA RUMINATION CHEZ LES ANIMAUX.

« Certains animaux ont la faculté de ramener dans la bouche pour les soumettre à une nouvelle mastication, à une nouvelle insalivation, à une nouvelle déglutition les aliments déjà ingérés. Ce mode préparatoire de digestion se nomme *rumination*.

« Propre à un ordre de mammifères qu'on désigne, par cela même, sous le nom de *ruminants*, le pouvoir de ruminer a été attribué par quelques naturalistes à d'autres animaux tels que la taupe-grillon et la sauterelle parmi les insectes; les écrevisses, les crabes, les limaçons parmi les crustacés et les mollusques; le saumon, la dorade parmi les poissons; le pélican et le héron parmi les oiseaux; tels enfin que la marmotte, le cochon d'Inde, le lapin et le lièvre dans la classe des mammifères. » (Longet [1].)

Des études plus précises ont démontré l'erreur de ces assertions, et aujourd'hui les physiologistes sont d'accord pour ne reconnaître l'existence de la rumination que chez les mammifères de l'ordre des ruminants.

Nous ne donnerons pas ici une description détaillée du tube digestif de ces animaux. Nous rappellerons seulement que leur estomac se compose de quatre parties : 1° le rumen ou panse; 2° le bonnet ou réseau; 3° le feuillet; 4° la caillette.

La *panse* est la plus grande de ces cavités ; c'est là que s'entassent les aliments incomplètement mâchés. Chez quelques animaux, le chameau en particulier, la panse présente des groupes de diverticules qui paraissent destinés à servir de réservoir aux boissons, car leur ouverture plus étroite que le fond n'en permet guère l'accès aux aliments solides. — Le *bonnet*, qui vient après la panse, est beaucoup plus petit; c'est le véritable réservoir des liquides. — Le *feuillet*, ainsi que son

[1] *Traité de physiologie*, 2e éd., t. Ier, p. 128.

nom l'indique, présente des lames plus ou moins développées, suivant les animaux; entre ces lames se rassemble la bouillie alimentaire. — La *caillette*, sécrétant le suc gastrique, constitue l'estomac véritable.

Ajoutons que la panse et le bonnet communiquent directement avec l'œsophage, qui se continue ensuite sous la forme d'une *gouttière ou demi-canal* jusqu'au feuillet, lequel communique à son tour avec la caillette.

Les animaux chez lesquels on remarque cette conformation particulière de l'estomac et qui méritent véritablement le nom de *ruminants*, sont : le bœuf, le mouton, la chèvre, l'antilope, la girafe, l'axis, le chevreuil, le daim, le renne, l'élan, le cerf, le chevrotain, le lama, le chameau.

On trouvera dans les livres spéciaux des détails intéressants sur les phénomènes et le mécanisme de la *rumination* chez les mammifères. Nous nous contenterons ici d'une revue rapide, sans exposer les expériences ou les théories pour lesquelles nous renverrons le lecteur aux traités de physiologie.

D'après les expériences de Flourens, les aliments grossiers tombent en partie dans la panse, en partie dans le réseau, tandis que les aliments atténués, demi-fluides ou réduits en bouillie, se rendent à la fois, mais en proportion variable, dans les quatre compartiments gastriques. Quant aux boissons, elles tombent directement dans les deux premiers estomacs et se rendent aussi dans les deux derniers par la gouttière œsophagienne et par le bonnet.

Pour ramener les aliments dans la bouche, deux ordres d'organes doivent intervenir. Les uns, organes immédiats, sont les estomacs eux-mêmes; les autres, agents médiats ou auxiliaires, sont les muscles abdominaux et le diaphragme.

Les physiologistes sont très peu d'accord sur le mode d'action des premiers. Duverney, Peyer, Perrault, Daubenton, Flourens, Colin ont fait à ce sujet nombre d'expériences et émis différentes théories. Ce dernier expérimentateur, trouvant inexactes les expériences de Flourens qui donnaient à la gouttière œsophagienne le principal rôle dans l'acte de la rumination, explique ainsi le mécanisme de la réjection des aliments dans l'œsophage : la panse et le réseau se contractent simultanément; — la première pousse vers l'orifice inférieur de l'œsophage des aliments très délayés, et le second, des liquides; — l'œsophage semble alors se relâcher et se dilater

pour permettre aux aliments et aux liquides de s'introduire dans la cavité; puis il se referme et éprouve alors une contraction antipéristaltique qui porte les aliments et les liquides vers la bouche. Les matières alimentaires y arrivent donc dans un grand état de mollesse et mélangées avec une forte proportion de liquide qui est dégluti par l'animal en une ou plusieurs gorgées.

Cette théorie est en grande partie conforme à la vérité. Cependant la cause de la réjection n'est pas telle que l'admet Colin; ainsi que le démontrent les explications théoriques de Chauveau, contrôlées par les recherches expérimentales de Toussaint. Voici en résumé, et sans entrer dans le détail des expériences, quel est d'après ces physiologistes le mécanisme de la rumination.

Au moment de la réjection, la glotte se forme et en même temps survient une contraction très énergique et très brusque du diaphragme, qui détermine dans la cavité thoracique une diminution de pression, par suite de laquelle le poumon, dont l'élasticité est mise en jeu, attire en tout sens les parois de l'œsophage. Ainsi dilaté, ce conduit remplit le rôle d'un tube rigide dans lequel on ferait l'aspiration. Les matières délayées de la panse se précipitent donc dans l'orifice béant de l'œsophage, et alors une contraction du pilier droit du diaphragme, séparant les matières engagées, provoque une contraction antipéristaltique de l'œsophage qui les amène à la bouche.

Cette théorie diffère donc de la précédente en ce quelle refuse un rôle actif à la panse et au bonnet, et qu'elle établit que la diminution de pression intra-pulmonaire est indispensable à la pénétration des aliments dans l'œsophage. Si, en effet, on pratique une ouverture à la trachée, ce qui revient à empêcher les effets de l'occlusion de la glotte, les côtes interviennent alors et se soulèvent brusquement en même temps que le diaphragme pour produire cette dépression.

Quant au rôle du diaphragme et des muscles abdominaux, il a été bien établi par Flourens qui, paralysant ces muscles par la section des deux nerfs diaphragmatiques et de la moelle au niveau de la sixième vertèbre dorsale, a rendu chez le mouton la rumination très difficile et même impossible.

Au moment où la pelote alimentaire s'engage dans l'œsophage, on remarque un mouvement brusque dans le flanc de l'animal; le mouvement se compose d'une inspiration brusque

suivie d'une expiration rapide. Quand le bol est arrivé dans l'œsophage, il est porté dans la bouche par l'action des fibres spirales croisées. On peut constater cette ascension par le toucher et même par la vue.

Une fois parvenue dans la bouche, la pelote alimentaire est soumise à une seconde mastication, qui est suivie d'une seconde déglutition très rapide; puis, dès que le bol est descendu dans l'estomac, un autre bol succède et remonte bientôt vers la bouche.

Les aliments, après avoir été ramenés dans la bouche, sont donc redescendus dans les réservoirs gastriques; mais alors, devenus plus fluides, ils s'engagent plus facilement dans la gouttière œsophagienne, sans déterminer l'écartement de ses bords, et peuvent être ainsi conduits directement dans le feuillet. Béclard admet cependant qu'une partie passe encore dans la panse et le réseau pour être ruminée de nouveau.

Tel est, aussi succinctement que possible, le *mécanisme de la rumination* chez les animaux. Nous allons maintenant aborder l'étude de ce phénomène dans l'espèce humaine.

## II. — DE LA RUMINATION CHEZ L'HOMME.

*Définition. Nature du mérycisme.* — « Nous avons trouvé dans les meilleures étymologies, disent Percy et Laurent [1], que le mot *mérycisme*, composé de trois autres, signifiait *rappeler de loin et écraser quelque chose : e profundo haurire et in minutas particulas incidere;* ou, mieux encore, comme le disent quelques hellénistes, *revolvere*, *exedere*, *replicare cibum;* action que les Allemands, souvent plus expressifs dans leur langue que nous le sommes dans la nôtre, ont nommée *widerfauen*, *mâcher de nouveau*, et que nous avons appelée *ruminer* ou *rumination*, sans songer à ce que ces locutions pouvaient avoir de dégradant pour notre espèce. »

Plusieurs auteurs ont donné des définitions du mérycisme; la plupart nous semblent exactes. Cependant, nous nous permettrons de relever dans quelques-unes certains points qui nous paraissent ne pas correspondre à la réalité des faits.

Racle appelle *mérycisme* « la faculté qu'ont certaines per-

[1] *Dictionnaire en soixante volumes*, article *Mérycisme*.

sonnes de vomir à volonté et de choisir parmi les matières ingérées celles dont elles veulent débarrasser l'estomac ». En outre, cet auteur assimile complètement le mérycisme au vomissement, dont il ne serait qu'une modalité. Pour nous, comme pour plusieurs auteurs, entre autres Percy, Laurent, Cambay, le mérycisme doit être bien distingué du vomissement. Nous ne discuterons pas ce point en ce moment; nous y reviendrons à propos du diagnostic. L'examen des observations contenues dans ce travail prouvera lui-même surabondamment que la définition précédente, correspondant d'ailleurs à une affection rare, ne peut en rien s'appliquer aux phénomènes du mérycisme.

Il est encore un point sur lequel une autre définition du méricysme a attiré notre attention. C'est le suivant : on trouve dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales* une définition dans laquelle les auteurs, tout en indiquant fort bien en quoi consiste le mérycisme, le qualifient de *maladie*.

Or, le mérycisme est-il un phénomène morbide ? Voici la réponse qu'a faite, antérieurement à cette question, le Dr Cambay, qui était lui-même mérycole :

« Je ne crois pas que le mérycisme soit un phénomène morbide; et si on lit avec attention les diverses observations de mérycisme, on ne trouve pas qu'il fût accompagné d'aucun symptôme qui annonçât un état morbide. Tous ceux qui en étaient affectés se portaient bien et, chose remarquable, chez plusieurs d'entre eux, quand ils étaient affectés d'une maladie quelconque, ce phénomène cessait de se produire. Or, puisque chez eux il n'avait lieu que lorsque toutes les fonctions se faisaient régulièrement, en un mot, dans un état de parfaite santé, n'est-on pas porté à en conclure que ce n'est pas une maladie ? Pour mon compte, je puis dire que je ne le regarde nullement comme tel; j'ai toujours joui d'une excellente santé, et si quelque chose m'eût indiqué qu'il fût nuisible, je l'aurais empêché d'avoir lieu, puisqu'il dépend de ma volonté; loin de cela, je le regarde comme très utile, puisque, par ce moyen, je puis débarrasser mon estomac des substances qui le fatigueraient, et par l'élaboration nouvelle que je fais subir aux aliments, je facilite singulièrement son action. »

Cette opinion avait déjà été émise par Pipelet, lorsqu'il écrivait (*loc. cit.*, p. 14) :

« Edulium omne ad nutriendum tanto utilius aptiusque communi omnium sententiâ perhibetur, quanto fuerit dentium officio

penitiùs subactum et comminutum. Inde manifesto liquet ruminatum cibum reficiendo corpori, utiliorem esse prœcipitanter devorato aut obiter duntaxat prœmunso, nisi latens ægritudo impediat vel prœvertat in cibo alendi efficaciam. »

Quant à nous, nous partageons absolument l'avis de ces auteurs; et l'existence du mérycisme chez des individus bien portants, sa suspension par les maladies intercurrentes fréquemment observée, l'absence de symptômes morbides concomitants, l'influence parfois remarquée de la volonté sur sa production, la sensation de plaisir qui l'accompagne le plus généralement, la douleur qui suit l'arrêt volontaire du mérycisme (Obs. XX), et, si cet arrêt se prolonge, son influence désastreuse sur l'état général (Obs. VIII et IX) nous semblent prouver surabondamment que le mérycisme n'est pas une maladie. Nous admettrions plutôt le terme affection, dont se servent, pour le désigner, Percy et Laurent, Littré et Robin. Ce qualificatif générique pouvant, d'après les derniers, s'appliquer à toute condition contre nature de l'organisme : monstruosités, infirmités, vices de conformation.

Maintenant que nous avons insisté sur ce point qu'il nous paraissait important d'élucider, nous terminerons en donnant une définition du mérycisme. Celles de Percy, de Littré et Robin, de Cambay nous paraissent bien dépeindre ce phénomène; mais la plus nette est peut-être celle de Longet. C'est elle que nous adopterons en la modifiant toutefois légèrement :

*Le mérycisme consiste en ce que, au bout d'un temps plus ou moins long après le repas, les aliments remontent à la bouche sans effort et presque toujours sans nausées pour être soumis à une nouvelle mastication, à une nouvelle insalivation et à une digestion ultérieure.*

Ce phénomène, comme on le voit, se rapproche beaucoup de celui qu'on désigne chez les animaux sous le nom de rumination. Aussi, le plus souvent, *mérycisme* et *rumination* sont-ils considérés comme synonymes, bien que *mérycisme* désigne particulièrement la *rumination* dans l'espèce humaine.

*Historique.* — Avant le milieu du XVII^e siècle, on ne s'était, croyons-nous, jamais occupé du mérycisme, et encore les ouvrages de cette époque sont-ils pleins de confusion et les observations toutes superficielles. Les auteurs, disposés tou-

jours à rechercher le merveilleux et assimilant complètement le phénomène du mérycisme à la rumination des animaux, ont cherché à pousser plus loin le rapprochement et ont prétendu que les mérycoles naissaient de parents cornigères ou l'étaient eux-mêmes (Bartholin, Ettmuller, Bonnet, Prhodius, Peyer). Cependant, sur cent cas de cornigères réunis par Sachs, on ne trouve qu'un seul ruminant. D'autres auteurs ont supposé l'existence de plusieurs estomacs chez les mérycoles (Salmuth, Bartholin); mais quand on a observé ces cas, c'était plutôt des loculames placées dans le ventricule, et encore les sujets n'étaient-ils pas mérycoles. C'est, du moins, l'avis de Morgagni qui, avec Valsalva, avoue n'avoir jamais rencontré de mérycoles (Lib. 3, ép. XXIX, p. 89).

Peyer (*Merycologia sive de ruminantibus et ruminatione commentarius*, 1685) cite de nombreux exemples de mérycisme, entre autres celui d'un moine, cornigère, et celui d'un gentilhomme padouan, issu d'un père cornigère.

Ce fut Fabrice d'Acquapendente (*De varietate ventris et intestini*) qui, le premier, commença à parler plus sagement du mérycisme, en le séparant de l'existence des cornes dans les deux cas cités par Peyer. Voici d'ailleurs les faits importants à relever dans ces deux observations :

Observation I. — Chez le gentilhomme padouan, la rumination était involontaire et provoquait un certain plaisir. Il ne mastiquait pas les aliments avant de les avaler pour la deuxième fois. Après la mort, on constata que l'*estomac était unique* et *très dilaté*.

Observation II. — Quant au moine, il mourut à trente-huit ans, dans un état de maigreur excessif attribué par Jean Burgower au vice de digestion dont il était affecté. *Son estomac était unique*; l'*œsophage était très épaissi*; aussi Plazoni n'hésite pas à voir là la cause première du mérycisme.

Parmi les auteurs qui, vers la même époque, ont écrit sur le mérycisme, nous mentionnerons en passant Daniel Ludwig, Burgower, Perineti, Leunert, Abraham Will, Wepfer; mais leurs observations sont toujours bien incomplètes. Ce n'est guère qu'en 1786 qu'on rencontre un travail sérieux sur le mérycisme; il est dû à Pipelet. Dans sa thèse (*De vomituum diversis speciebus a miratuis distinguendis*), il fait bon marché des prétendues causes de mérycisme admises jusque-là et surtout de la présence des cornes chez les mérycoles. Il distingue aussi

le vomissement produit par une lésion accidentelle de celui qui constitue le mérycisme, et rapporte les deux cas observés par Fabrice d'Acquapendente ainsi que plusieurs autres empruntés à Wirsthier, Welsh, Salmuth, etc., et que nous aurons d'ailleurs l'occasion de mentionner à divers endroits de ce mémoire.

Quelques annés plus tard, nous trouvons signalé par M. Roucher un cas de mérycisme chez un conscrit de l'armée d'Italie. M. Delmas cite un cas semblable observé chez un étudiant en médecine.

En 1808, M. Roubieu (*Ann. de la Soc. méd. de Montpellier*) parle d'un fait du même genre qu'il a observé. Percy, dans l'article *Mérycisme* (du *Dictionnaire en soixante volumes*), rapporte une observation personnelle, dont le trait le plus saillant est la suspension par une attaque de goutte des phénomènes de mérycisme.

En 1812, M. Tarbès publie dans la *Bibliothèque médicale* une observation de mérycisme survenue chez un enfant de cinq ans à la suite d'une variole, et guéri à vingt ans par le coït.

Cette observation paraît avoir attiré l'attention sur ce point particulier de la pathologie; car, peu de temps après, et dans le même recueil, on trouve successivement des cas de rumination dus à James Copland, George Nesd Hill, Bryand.

Sans y insister pour le moment, et simplement pour compléter cet exposé rapide des travaux faits sur le mérycisme, nous citerons un travail sur la rumination dans l'espèce humaine dû à Weiling et publié en 1823 (*Ueber das Wiederkauen bei Menschen*); la thèse de M. Cambay, en 1830 (*Du mérycisme et de la digestibilité des aliments*), où l'auteur, mérycole lui-même, étudie les phénomènes observés sur sa propre personne; puis des observations dues à Ducasse (1836, in Froriep *Nolizen*, t. XLVII, p. 95), à Elliotson (*Ibid*, t. XLV, p. 337). Des faits analogues ont encore été rapportés par MM. Vincent (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1853), Rossier (*Journal des conn. méd.*, 1862), Châtelet (*Gaz. des hôp.*, 1863), Bourneville (*Mémoire sur la condition de la bouche chez les idiots*, 1863), Fronmüller (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1866), Armingaud (thèse, 1867). Nous examinerons plus tard en détail toutes ces observations.

Plus récemment encore, Ireland, dans son *Traité de l'idiotie*, signale en passant l'existence du mérycisme chez les idiots,

mais ne fait que mentionner simplement, à l'appui de son dire, l'observation de Becco, publiée par l'un de nous.

En 1874, le Dr W. Graham (*The Chicago med. Examiner*, 1874, 1er mars, p. 118) rapporte l'observation d'un cas de rumination chez l'homme. En 1880, à la séance du 25 octobre, le Dr Lorenzo Monti a adressé à la Société médico-psychologique une note, citée à la correspondance, sur un cas de mérycisme observé chez une imbécile épileptique. Enfin, notre ami M. R. Blanchard a publié dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, un très-intéressant article auquel nous aurons l'occasion de faire des emprunts. (*A suivre*).

---

# REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

---

I. Connexions cérébrales et cérébelleuses des IIIe à XIIe paires nerveuses du cerveau. — Racines spinales des nerfs sensoriels du cerveau; par C.-F.-W. Roller[1]. (*Allg. Zeitsschr. f. Psych. u. psych. gerichtl. Medic.*, XXXVIII, 2 et 3.)

Il n'est pas d'analyse qui puisse suppléer à la lecture attentive d'un mémoire d'anatomie puisque les détails constituent la description même. Nous dirons simplement que ce mémoire est divisé en trois parties. La première, sous le titre d'*Aperçu des connexions entre les nerfs cérébraux bulbaires, le cerveau et le cervelet*, établit qu'il existe des voies d'union directes ou indirectes entre les organes en question et les deux centres. Par exemple, la plus grande partie des fibres rectilignes du raphé des pyramides uniraient par l'intermédiaire de la substance grise (richesse du raphé en cellules) les nerfs bulbaires au pédoncule cérébral; le ruban de Reil contiendrait les fibres cérébrales de l'acoustique, du trijumeau, du glosso-pharyngien;

[1] Voyez les *Archives de Neurologie*, t. II, p. 293.

le faisceau longitudinal postérieur serait en rapport évident avec les noyaux de l'hypoglosse, du facial, de l'oculo-moteur externe, du pathétique, du trijumeau, en rapport probable avec ceux de l'oculo-moteur commun et de l'acoustique. Le mécanisme de ces continuités exige le tracé de lacis ; même réflexion pour les connexions de l'hypoglosse, du glosso-pharyngien, de l'acoustique et du trijumeau avec le cervelet. Un résumé des travaux parus sur ces divers points termine cette partie.

La seconde section est réservée aux *racines spinales des nerfs sensoriels du cerveau.* Le trijumeau prendrait son origine dans la moelle, par sa racine ascendante, au niveau de l'entrecroisement des pyramides, dans le renflement latéral de la corne postérieure (*caput cornu posterioris* de Clarke); le glosso-pharyngien émanerait du cordon cunéiforme (faisceau grêle interne); l'acoustique aurait une racine spinale dans le faisceau cunéiforme proprement dit; enfin, le nerf optique aboutirait, par le ruban de Réil, au faisceau propre du cordon antérieur qui doit être distingué du faisceau pyramidal de Flechsig. Tel est le squelette de ce chapitre, bourré, au reste, de détails bibliographiques et techniques.

Une dernière partie examine, sous le titre de *Considérations*, l'influence physiologique qu'exercent les organes centraux sur les nerfs crâniens précités. Pour le cerveau, il n'y a et il ne saurait y avoir de doute. Quant au cervelet, M. Roller admet son action coordinatrice sur les nerfs moteurs, son rôle à l'égard des perceptions sensitivo-sensorielles étant absolument inconnu. On ignore également si les racines spinales apportent aux nerfs un courant moteur, sensible, ou double; ici se place la question de la sensibilité centrifuge, récurrente, c'est-à-dire irradiant en sens inverse de l'influx du nerf qui tend à gagner le cerveau. Opinions contradictoires de Stilling, Turck, Brown-Sequard, Clarke, Goll, W. Krause, d'une part, et de Goltz, Gerlach, Henle (actions réflexes simples), d'autre part. Malgré une expérience exacte et précise de M. Vulpian, relative au trijumeau, M. Roller tend à souscrire à l'existence de voies réflexes dans ces racines ; la rapidité et la multitude des mouvements qui succèdent aux impressions sensorielles sans participation de la conscience lui paraissent être concluantes, au cas même où les faisceaux en question contiendraient également des fibres centripètes. P. K.

II. Sur un faisceau de substance blanche jusqu'alors barement observé à la base du cerveau de l'homme; par Anton Rumm. (*Arch. f. Psych. u. Nervenh.*, XIII. 1.)

Ce faisceau prend naissance à la base de l'extrémité du lobe temporal et se dirige parallèlement au bord antérieur de la bandelette optique, sur la face ventrale du bord inférieur de la cloison transparente, le long de la substance perforée antérieure dont il contourne le bord médian au milieu de la surface des hémisphères cérébraux. Tangent en avant à la commissure antérieure, il s'épuise sur le septum lucidum sous la forme d'une irradiation en éventail. Large d'environ deux millimètres, il est constitué par des fibres nerveuses à myéline, extrêmement ténues; son développement est infiniment plus prononcé du côté droit. Il unirait la cloison transparente à la pointe du lobe temporal. P. K.

III. Origine du tractus olfactorius et structure des lobes olfactifs de l'homme et d'autres mammifères; par C. Golgi. (*Arch. Ital. de Biol.*, t. I, p. 454).

Les fibres du tractus olfactorius prennent leur origine, non dans les cellules de la couche grise des lobes olfactifs, mais dans le réseau de fibrilles qui existe dans toute cette substance. Ce réseau lui-même est constitué :

1° Par des cellules ganglionnaires dont le prolongement cylindraxe se subdivise en totalité en filaments extrêmement minces (premier type);

2° Par des cellules ganglionnaires dont le prolongement cylindraxe, au lieu de se subdiviser, reste distinct et traverse le réseau pour aller s'unir aux faisceaux de la couronne rayonnante (deuxième type);

3° Par des cylindraxes, appartenant à des fibres nerveuses dont un grand nombre semblent provenir de la commissure antérieure, et qui se subdivisent à la façon des prolongements cylindraxes du premier type;

4° Par des filaments provenant des fibres nerveuses qui, conservant leur individualité, vont se mettre en rapport avec les prolongements cylindraxes du second type;

5° Enfin, par les fibres du tractus olfactorius.

En somme, les cellules ganglionnaires de la couche grise des lobes olfactifs sont en rapport avec des fibres du tractus, de la couronne rayonnante et de la commissure antérieure; mais il n'y a continuité directe qu'entre les fibres de la couronne rayonnante et les cellules ganglionnaires du second type. Cette disposition se retrouve chez tous les mammifères, l'homme compris, à quelques détails près.

IV. VARIÉTÉS DES CIRCONVOLUTIONS CÉRÉBRALES CHEZ L'HOMME; par Ch. GIACOMINI. (*Arch. ital. de Biol.*, t. I, p. 231 et p. 332.)

Les archives ne donnent qu'un résumé de ce long et intéressant travail, pour lequel l'auteur a examiné plus de deux cents cerveaux. Nous nous contentons de le signaler, attendu que le grand nombre de faits qu'il contient en rend l'analyse à peu près impossible.

V. SUR LA STRUCTURE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; par J.-B. LAURA. (*Arch. ital. de Biol.*, t. I, p. 146.)

Les recherches de M. Laura ont été faites spécialement sur la moelle épinière du veau. Nous nous bornons à reproduire ses conclusions :

1° Les cellules de la corne antérieure envoient leurs prolongements cylindraxes, dans le plus grand nombre des cas, aux racines antérieures ;

2° A la formation de la commissure antérieure concourent des fibres : *a*) des différents points de la corne antérieure; *b*) des différents points de la corne postérieure;

3° Les cellules du noyau de Stilling ou colonne de Clarke sont munies, elles aussi, d'un prolongement cylindraxe, qui se dirige d'abord en dedans, puis, après un long trajet dans cette direction, se replie en dehors, et va constituer un large faisceau, qui se porte dans le cordon latéral;

4° Au cordon latéral arrivent des fibres : *a*) des différents points de la corne antérieure; *b*) des différents points de la corne postérieure ;

5° Les cellules de la corne postérieure sont munies de prolongements cylindraxes, qui se portent dans les directions les plus variées : *a*) dans la commissure antérieure ; *b*) directement en avant aux racines antérieures ; *c*) dans le cordon latéral ; *d*) dans le cordon postérieur; *e*) à travers la ligne médiane, et en arrière du canal central, dans la corne opposée.

On trouve fréquemment dans la moelle des cellules adjacentes, qui envoient leurs prolongements cylindraxes dans des directions opposées, ce qui nous démontre qu'elles servent d'intermédiaire au changement de direction des fibres qui y arrivent. J. PIGNOL.

VI. LA REPRODUCTION DES PERCEPTIONS DE MOUVEMENTS DANS L'ESPACE TACTILE. RECHERCHES DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE; par Gabriele BUCCOLA (*Extrait de la Rivista de filosofia scientifica*, I, fasc. 6, 1882.)

L'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° La reproduction d'une perception quelconque de mouvement

Après ou sans une courte fièvre, sans aucune douleur, un adulte (ou un enfant) s'aperçoit que ses forces vont s'affaiblissant. Au bout d'un mois environ, l'impuissance motrice est telle que, condamné au lit, il ne peut seulement pas s'y tenir assis, ni manger seul. Réduit en même temps à l'état squelettique, ses membres n'ont aucune attitude vicieuse, tant l'atrophie se répartit également. La comparaison avec un malade atteint d'atrophie musculaire progressive montre quelle disproportion existe entre l'atrophie et la paralysie bien plus marquée que celle-là n'aurait fait croire. Il s'agit bien d'une amyotrophie paralytique. La face, le diaphragme, les intercostaux, les sphincters sont respectés; nulle altération de la sensibilité.

Avec l'abolition complète des réflexes tendineux existe une exagération considérable de la contraction idio-musculaire, des palpitations fibrillaires, une diminution de la sensibilité électrique, le phénomène de la contraction secondaire (Brenner), et enfin la réaction dégénérative. L'excitabilité des troncs nerveux a baissé.

Après être demeurée deux ou trois mois stationnaire, l'affection s'amende progressivement. Au bout de six à huit mois, le malade, malgré l'absence de réflexe patellaire, est rendu à la vie commune; ses muscles ont recouvré volume et puissance. Rien chez l'un d'eux, suivi durant quatre ans, rien n'a démenti la guérison.

A l'autopsie du premier sujet, les muscles offrent, à l'œil nu, leur couleur et leur volume normaux; la moelle est anémiée, ses racines normales, les nerfs des membres manifestement atrophiés.

L'examen histologique a confirmé les prévisions de la clinique. Les lésions médullaires occupaient les cornes antérieures dans toute la hauteur du névraxe. Les grosses cellules motrices globuleuses, atrophiées, plus pigmentées, granuleuses, privées par place de prolongements sont bien moins colorées par le carmin, et vraisemblablement en voie de réparation. Telles sans doute les altérations des paralysies diphthériques, qui, à l'inverse des téphromyélites ordinaires et pareilles à celles ici décrites, permettent après des troubles aussi profonds le retour de la fonction. A travers des cellules malades, le faisceau pyramidal indemne ne peut transmettre aux muscles l'incitation volontaire.

Les fibres musculaires dûment striées offrent une multiplication abondante des noyaux du sarcolemne et de la substance contractile elle-même; le protoplasma qui les entoure s'est infiltré de pigment.

Quant au diagnostic, on peut facilement distinguer l'affection de la paralysie spinale aiguë de l'adulte, qui se distingue, au début, par la brusquerie des accidents, la fièvre intense, la paralysie musculaire d'emblée au summum, bien loin d'être progressive. Il y a ici, à la période d'état, prédominance de l'amyotrophie paralytique sur certains groupes musculaires, tandis que là elle porte également et symétriquement sur tous les muscles.

Nulle notion étiologique. Il existait, dans la moelle examinée, un vieux foyer de paralysie infantile.

Au traitement général tonique, on joindra l'usage des courants faradiques qui retardent la dégénération du muscle séparé de son nerf. (Brown-Séquard, Déjerine.) D. BERNARD.

II. DES TROUBLES VERTIGINEUX DANS LE TABES (*vertige de Ménière tabétique*); par MARIE et WALTON. (*Revue de médecine*, 1883, n° 1.)

Dans les travaux où cette question a été abordée, on n'a pas recherché quelle part il fallait attribuer aux lésions de l'oreille externe et moyenne, à celles du nerf auditif dans la production de la surdité, des bourdonnements d'oreille et du vertige. On n'avait pas signalé encore la grande fréquence de ce syndrôme clinique au cours du tabes. MM. Marie et Walton l'ont rencontré dix-sept fois sur les vingt-quatre tabétiques examinés par eux. Ils ont avec soin noté dans chaque observation l'état objectif et fonctionnel de l'appareil auditif. Presque constamment, le début du vertige de Ménière tabétique a coïncidé avec celui du tabes. Les symptômes ne diffèrent en rien de ceux qu'on observe alors qu'il ne relève pas de cette affection. Dans le plus grand nombre des cas, l'examen par la montre révéla une diminution considérable de l'acuité auditive, tandis que le diapason appliqué sur le squelette de la tête la montrait normale. La présence de bouchons de cérumen, l'existence d'une myringite, d'une otite moyenne, l'imperméabilité de la trompe expliquèrent cette contradiction. Les auteurs n'ont retrouvé aucune de ces lésions chez trois de leurs tabétiques affectées de vertige de Ménière et douées d'une acuité auditive parfaite, tandis que les sept malades indemnes de cet accident, et plusieurs sujets du même âge pris au hasard, les présentèrent avec une égale surdité. Il faut donc renoncer à faire dépendre le vertige de Ménière tabétique d'une dégénération du nerf auditif. MM. Marie et Walton le rapportent à des lésions des origines cérébelleuses ou bulbaires et des fibres elles-mêmes de la portion de la huitième paire qui provient des canaux semi-circulaires, et préside au sens de l'espace. Cette hypothèse est conforme aux données récentes de l'anatomie et de la physiologie, exposées récemment dans ce journal par Erlitzky. D. BERNARD.

III. ÉTUDE SUR LA PATHOGÉNIE DES ULCÈRES VARIQUEUX; par QUÉNU. (*Revue de chirurgie*, 1882, n° 11.)

Frappé du défaut de rapport existant fréquemment entre le développement des varices et la production des ulcères, des modifications profondes subies par tous les tissus, les os eux-mêmes du

membre malade, l'auteur a cherché à établir par des recherches histologiques que l'altération des nerfs est un facteur important dans la genèse de ces pertes de substance. Il vérifie ainsi par l'observation anatomique une notion que F. Terrier avait cliniquement établie déjà. La ressemblance existant entre le processus ulcératif et celui des troubles trophiques d'origine nerveuse ressort bien d'ailleurs des divers phénomènes qui précèdent et accompagnent l'apparition de l'ulcère, à savoir : l'œdème, la pigmentation de l'épiderme, les taches rouges prurigineuses, l'hypersécrétion sudoripare, l'allongement des poils, l'incurvation et la déformation des ongles, les troubles de la sensibilité, et finalement la bulle, l'escharre rougeâtre, la plaie à bords inégaux et relevés. Dans les six cas examinés, la névrite interstitielle n'a jamais fait défaut. Le nerf, pris dans les tissus sains, est augmenté de volume; ses veinules dilatées. Le tissu conjonctif du névrilème s'hyperplasie autour des veinules d'abord, puis peu à peu autour des faisceaux primitifs; la gaine lamelleuse se fusionne avec lui. Les faisceaux primitifs sont pénétrés et leurs tubes nerveux dissociés, atrophiés par des travées fibreuses et vasculaires, sans aucune névrite parenchymateuse concomitante. Il n'y a pas là inflammation propagée, car on la trouve loin de l'ulcère, sur les nerfs profonds; elle n'offre aucun des caractères de la névrite ascendante. Le développement de la sclérose est constamment parallèle à celui des varices, des veines du nerf ou de celles qui l'avoisinent. Le nerf, qui résiste si énergiquement aux irritations mécaniques, est atteint ici dans sa circulation même et peut réagir sans lésions très avancées. Le repos facilite la circulation veineuse du membre en général, celle de ses nerfs en particulier. Ainsi s'expliquent ses heureux effets.

D. Bernard.

IV. Contribution a l'étude des lésions du bulbe consécutives a la méningite chronique; par G. Hayem et C. Giraudeau. (*Revue de médecine*, 1883, n° 3.)

Si les lésions des nerfs comprimés par les exsudats de la méningite chronique d'emblée, si celles des muscles qui en relèvent sont bien connues, on n'a pas encore parlé des modifications subies par le bulbe en pareil cas. Deux observations ont permis aux auteurs de combler cette lacune.

Il s'agit dans l'une d'un exemple rare de pachyméningite osseuse externe, ayant englobé les nerfs de la sixième et de la septième paires; dans l'autre, d'une méningite alcoolique s'étant prolongée sur le tronc de la douzième paire. Ces nerfs étaient réduits à de minces cordons fibreux; les muscles qu'ils animaient, à l'état graisseux. La protubérance et le bulbe avaient subi une atrophie très apparente dans la moitié correspondant à la racine des nerfs.

intéressés. Cette atrophie dépendait d'une raréfaction des filets d'origine, de la diminution du nombre et du volume des cellules de leurs noyaux passés à l'état fibreux. Ces lésions ressemblent à celles que MM. Dickinson et Vulpian ont décrites dans la moelle des amputés. D. B.

V. Abcès de la région vertébrale postérieure chez les nouveau-nés; difficultés de leur diagnostic; par Guéniot. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, février 1883.)

Dans deux cas, au milieu de la région dorsale et au cou, l'auteur a observé sur la ligne médiane, sans œdème ni rougeur des téguments, une tumeur fluctuante, offrant sous l'influence des cris un accroissement de sa tension et une certaine expansion. Il s'agissait d'un abcès froid. L'expansion ainsi observée dépendrait des anastomoses nombreuses qui relient entre elles les veines intra et extra-rachidiennes, de la plénitude des réseaux veineux sous-cutanés au moment de l'effort. La ponction exploratrice tranchera le diagnostic d'avec certaines méningites. L'expectation semble bien indiquée par le premier fait, car les téguments rougirent et s'œdématièrent bientôt au niveau de la tumeur que le chirurgien, d'abord très indécis, ouvrit d'emblée. D. B.

VI. Sur l'élongation des branches du trijumeau dans le traitement du blépharospasme douloureux; par F. Panas. (*Arch. d'ophthalmologie*, t. I, p. 385.)

A une observation personnelle, l'auteur a réuni trois faits de Kocher, Grainger Stewart et Masing. Il s'agit toujours de névralgies rebelles ayant résisté à toutes les médications. Le succès de l'élongation dûment pratiquée a été immédiat.

Kocher attribue l'absence de douleurs après l'élongation, contrairement à ce qui s'observe après la névrotomie et l'excision nerveuse, à l'absence de névrite sur le bout central. Outre l'inconstance de ce fait, les lésions du nerf tiraillé ne sont pas moindres que dans les deux autres opérations.

L'examen d'un fragment de nerf rompu et réséqué a montré au professeur Panas les tubes nerveux privés de myéline, réduits à la gaîne de Schwann et au cylindre d'axe. Ces lésions ne relevaient pas de la névralgie, car l'expérimentation sur des nerfs sains les a reproduites. Elles expliquent les succès de l'élongation qui, sous peine d'échec, doit être faite à fond et provoquer l'insensibilité de la région malade.

L'auteur a vu sur le cadavre les tiraillements du nerf sus-orbitaire porter sur le ganglion de Gasser. Chez sa malade chloroformée, ils

provoquèrent une issue brusque et abondante de mucus nasal par la narine du côté intéressé. Après l'opération, il y eut tarissement prolongé de la sécrétion. Cette action à distance dispense de la recherche dangereuse des nerfs dans l'orbite.

Le lieu du passage du sus-orbitaire est indiqué par le changement de forme du bord du coronal qui, d'arrondi à son niveau, devient brusquement tranchant. Une incision de trois centimètres, parallèle au sourcil et très voisine de lui, conduit sur le nerf : une incision égale oblique en bas et en dehors, passant à un centimètre du bord orbitaire, sur le nerf sous-orbitaire. L'apophyse malaire du maxillaire supérieur sert de point de repère.

Les malades n'ont pas été revus longtemps après l'opération. Les résultats définitifs demeurent donc inconnus, aussi bien d'ailleurs qu'après les autres procédés. La simplicité du manuel opératoire, les succès obtenus là où avait échoué la section, feront préférer l'élongation. D. BERNARD.

VII. DE LA SURDITÉ DANS L'HÉMIANESTHÉSIE HYSTÉRIQUE, par G.-L. WALTON (de Boston). (*Brain*, part. XX, 1883.)

Après une rapide revue de l'état de nos connaissances sur l'hémianesthésie des hystériques, et notamment les travaux de M. le professeur Charcot et de Richer, l'auteur rappelle que Féré (*Arch. de Neurologie*, 1882) avait déjà constaté chez les hystériques la surdité du côté de l'hémianesthésie, ainsi que la perte de la sensibilité au niveau des parois du conduit auditif externe, et émis cette opinion qu'il existe dans le cerveau des centres sensitifs fournissant à la fois aux organes des sens et à leurs téguments. Jolly, Uspenski, avaient, eux aussi, constaté la surdité des hystériques. Gellé, Urbantschitsch avaient vu cette surdité présenter les phénomènes du transfert.

M. Walton a repris sur les hystériques de la Salpêtrière l'étude de cette question, et a constaté qu'en effet, tout le conduit auditif externe, et le tympan lui-même participent à l'hémianesthésie ; que le degré de la surdité correspond à celui de l'anesthésie, c'est-à-dire qu'à une hémianesthésie plus ou moins complète correspond une surdité plus ou moins prononcée ; que la surdité des hystériques est soumise aux lois du transfert, et suit les variations de celui-ci.

De plus, et c'est là surtout la partie originale de ses recherches, M. Walton a étudié les caractères de cette surdité dans les cas où l'hémianesthésie n'est qu'incomplète, et a constaté qu'alors la perception des vibrations du diapason par l'intermédiaire des os du crâne est abolie, tandis qu'elle persiste par l'intermédiaire du tympan lorsque le diapason est placé à une faible distance de l'oreille (pourvu qu'il ne s'agisse pas de sons très élevés) ; c'est là

un fait très intéressant, car il se retrouve chez les vieillards, dans la surdité dite sénile. Et, à ce propos, l'auteur fait la remarque judicieuse que cette surdité dite *par défaut de transmission osseuse* ne tient nullement à une altération des os du crâne, car, loin d'affaiblir la propagation du son, la soudure des différentes sutures devrait, au contraire, la favoriser; si la perception des vibrations, par l'intermédiaire de la boîte crânienne ne se fait plus, ce n'est donc pas dans l'état des os qu'il faut en rechercher la raison, mais dans l'état des centres récepteurs; c'est encore à un état spécial de ces mêmes centres qu'il faut attribuer le phénomène analogue constaté dans l'hystérie. P. M.

VIII. De la syphilis de la moelle; par M. F. Greiff. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, XII, 3.)

L'observation qui sert de fondement à ce travail nous paraît mériter la peine d'une analyse. Il s'agit d'une femme de quarante-trois ans portant sur elle les signes d'une infection antérieure, et présentant, à la suite d'une manie puerpérale, d'abord de la mélancolie, puis de l'agitation avec désordre dans les idées. A ce moment on constate des troubles moteurs manifestes, tels que du tremblement et des mouvements choréiformes dans les mains et les bras, de la parésie faciale, de l'inégalité pupillaire, de la blépharoptose, et, finalement, de l'affaiblissement dans les membres inférieurs. Pendant une quinzaine de jours, la température s'abaisse à 34° et 30°,5 pour revenir à la normale et monter brusquement à 40 et 42°. Après des alternatives d'excitation et de dépression, et une nouvelle hypothermie (32°), la malade, démente, tombe soudain dans le collapsus et succombe. L'autopsie décèle des taches blanches et des nodosités dans les artères de la base de l'encéphale (artérite syphilitique). La moelle offre sur toute la coupe de l'hyperplasie du tissu interstitiel, ainsi qu'un exsudat inflammatoire périvasculaire, qui commençaient à comprimer les éléments nerveux. Inflammation de la pie-mère de cet organe; artérite très prononcée; phlébite oblitérante. — L'auteur considère les lésions pie-mériennes et vasculaires comme spécifiques; les altérations médullaires en seraient la conséquence. P. K.

IX. Contribution aux affections du système nerveux central; par Claus (de Sachsenberg). (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, XII, 3.)

I. *Sclérose cérébro-spinale multiloculaire.* — L'observation complète présentée par l'auteur offre deux particularités :

1° En outre des foyers scléreux disséminés, on rencontre à la convexité des hémisphères de la méningite et des lésions atrophiques chroniques des circonvolutions ascendantes. Rapprochant ce fait de ceux qui ont été publiés jusqu'à ce jour, M. Claus émet cette loi que « toutes les fois où au complexus symptomatique de la sclérose multiloculaire s'ajoutent les manifestations évidentes de la démence paralytique, il existe de la méningo-encéphalite chronique de l'écorce aboutissant à l'atrophie des éléments, principalement dans le champ du cerveau antérieur ». 2° Alors que les procédés de durcissement de la moelle accusent une dégénérescence symétrique des cordons postérieurs à la limite des faisceaux de Goll et de Burdach dans le segment dorsal supérieur, l'examen microscopique ne démontre que de faibles altérations. M. Claus mentionne trois faits semblables parmi des psychopathes n'ayant d'ailleurs présenté aucun symptôme d'origine médullaire ; il n'observa qu'une faible augmentation de volume du tissu conjonctif.

II. *Atrophie du cervelet chez un dément épileptique.* — Nous relevons dans l'observation fort rudimentaire du malade, de la mydriase gauche, de la déviation de la langue du même côté, de la paralysie faciale droite, une démarche chancelante avec tendance à tomber en avant et difficulté extrême de se redresser. La progression des phénomènes entraîne dans les deux derniers mois, l'alitement presque constant. L'étude macroscopique se résume en l'existence d'altérations méningitiques chroniques, d'une sclérose très prononcée, au pourtour de la corne d'Ammon et de la circonvolution de l'hippocampe du côté droit, avec nombreuses pertes de substance, d'une diminution de volume considérable des circonvolutions du cervelet, devenu jaune-blanchâtre. Induration de ces régions; réduction des zones corticales, atrophie de l'olive droite. P. du cerveau revêtu de ses membranes 1300. P. du cervelet 110. L'analyse microscopique révèle l'intégrité de la moelle, l'aspect classique des points scléreux dans le cerveau. Ces endroits dans le cervelet sont caractérisés par une rougeur intense, l'atrophie des cellules de Purkinje et des cellules de la couche externe, l'épaississement strié des parois vasculaires couvertes de granulations graisseuses et de cellules granuleuses ; la substance blanche est sillonnée de tractus de tissu conjonctif fortement teintés en rouge; atteinte partielle du corps rhomboïdal.

III. Sous le titre de *forme de dégénérescence particulière de la*

*moelle de l'homme*, l'auteur appelle l'attention sur un *foyer de myélite chronique* ovale mesurant un centimètre qu'il rencontra chez un paralytique général dans la zone intermédiaire antérieure du cordon latéral. Ayant constaté, en outre, les lésions classiques de la méningo-périencéphalite, il rapproche ce fait des observations de Westphal dans lesquelles la sclérose en foyer a affecté la forme de démence paralytique. Westphal aurait également vu plusieurs fois semblable altération à localisation identique, notamment dans un cas de dégénérescence des cordons postérieurs, sans psychose. P. K.

X. Des rapports qui lient la syphilis au tabes; par M. Pusinelli. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, XII, 3.)

L'auteur a dressé une statistique à l'aide de cinquante et un cas d'ataxie locomotrice. Absence de syphilis antérieure ou actuelle dans 47 p. 100. L'infection avait précédé la maladie en seize cas (31 p. 100); neuf malades (17,6 p. 100) avaient eu un chancre sans accidents secondaires bien certains. Deux autres faits sont absolument douteux quant à la nature du chancre constaté. Deux observations sont relatées en détail; les tabétiques en question avaient présenté, l'un un exanthème syphilitique grave, l'autre des accidents cérébraux de même nature. Les premiers symptômes de l'ataxie se montrèrent dans les deux cas de six à vingt-un ans après l'infection. Ces documents sont loin d'entraîner la conviction que la syphilis ait engendré le tabes, car, sur huit autopsies qui purent être pratiquées, on ne rencontra que trois fois des lésions viscérales (testicule et système osseux); de plus, même chez les tabétiques antérieurement infectés, le traitement antisyphilitique ne donna jamais de résultat éclatant. Telle est la conclusion de M. Pusinelli. P. K.

XI. Contribution a l'étude des troubles de la sensibilité et de l'acuité visuelle dans les lésions des circonvolutions cérébrales; par le M. Bernhardt. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, XII, 3).

L'auteur, à défaut d'autopsies, discute le diagnostic des quatre observations suivantes, à la lumière des faits de ce genre déjà publiés par Nothnagel, Vetter, Gelpke, Kahler, Senator, Hoffmann (F.-A.), Petrina, Baumgarten, Curschmann, Wernicke, Westphal, Samelsohn et des études expérimentales de Munk.

Observation I. — Il s'agit d'une femme de cinquante-trois ans présentant, en mai 1877, des nausées, des vomissements, un

affaiblissement très prononcé du côté droit, sans perte de connaissance; quelque embarras de la parole : rétablissement au bout de quatorze jours. En février 1878, elle se plaint que l'œil droit, en arrière duquel elle avait éprouvé une sensation de pression, y voit moins; en même temps elle ne peut se servir de la main droite. La malade voit comme à travers un nuage; l'examen démontre que l'obnubilation hilatérale occupe les trois quarts supérieurs de la moitié droite du champ visuel, tandis que l'acuité centrale et le fond de l'œil sont restés normaux. Achromatopsie de la zone affectée; l'appréciation des distances a subi une altération parallèle dans la même région. Affaiblissement évident de la sensibilité du bras droit, principalement à partir du coude jusqu'en bas, la pression et la pesanteur y sont imparfaitement perçues; l'inflexion de la main sur la face dorsale de l'avant-bras détermine des mouvements involontaires dans les doigts auxquels d'ailleurs, on peut imprimer des mouvements qu'ils conservent sans que la patiente en ait conscience.

Obs. II. — Un homme de cinquante ans, atteint de sciatique, est pris soudain d'hémiparésie gauche de courte durée à la suite de prodromes d'ordre sensitif; pas de perte de connaissance. Hémianopsie totale et paresthésie du même côté. Sept mois après, convulsions cloniques du bras gauche à plusieurs reprises; légère fatigue intellectuelle.

Obs. III. — A la suite d'une émotion violente une femme de quarante-cinq ans ressent un affaiblissement psychique dont elle a conscience, puis, de temps à autre, des secousses dans les extrémités gauches. Pas de paralysie; diminution de tous les modes de la sensibilité y compris l'excitabilité électro-cutanée et électro-musculaire. Légère parésie du facial inférieur et mydriase pupillaire du même côté. Hémianopsie homolatérale; papilles rouges à contours mal limités.

Obs. IV. — Symptomatologie identique et, en outre, ataxie de l'extrémité atteinte; les troubles de la sensibilité, s'étendant aussi à la moitié correspondante du cou, de la nuque et du tronc.

Ces attaques d'hémiplégie brusques qui surviennent sans perte de connaissance et ne sont imputables, en somme, qu'à des troubles de la sensibilité excluent, dit M. Bernhardt, l'atteinte de la capsule interne et des ganglions de la base; il est plus probable qu'elles émanent de *lésions dans les zones corticales en rapport avec la perception sensible*. L'*hémianopsie* doit être considérée comme une complication du reste de même ordre (*zones occipitales* de Munk). Les fonctions sensitives sont en définitive plus ou moins troublées selon que les altérations ont plus ou moins progressé en étendue comme en profondeur. P. K.

XII. D'UNE AFFECTION SPINALE PARTICULIÈRE OBSERVÉE CHEZ DES BUVEURS ; par G. FISCHER (de Cannstatt). (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, XIII, 1.)

L'intérêt de cette étude clinique pure gît dans les particularités suivantes : à la suite d'excès alcooliques et nicotiniques, deux individus présentent une parésie, avec atrophie du système musculaire. L'excitabilité électrique a disparu et l'on note la réaction dégénérative de Erb. Les muscles de l'éminence thénar dont la motilité volontaire est intacte sont insensibles au courants faradiques et galvaniques, toutes chances d'erreur ayant été minutieusement écartées. En même temps, il existe une ataxie incontestable de la diminution de la sensibilité cutanée, un certain degré d'analgésie ; le sens musculaire et les réflexes patellaires ne se manifestent plus. Ralentissement des réflexes cutanés, doubles sensations et autres anomalies de la perception douloureuse. En outre, état fébrile, symptômes gastriques, affaiblissement de l'activité cardiaque avec accélération du pouls. Facultés intellectuelles extraordinairement faibles. La guérison s'effectue, du moins à peu près complètement. M. Fischer rapproche ces faits de la *poliomyélite antérieure subaiguë* ; il pense qu'une partie des symptômes doivent être rattachés à des altérations de ce genre dans les *cornes grises antérieures*.

P. K.

XIII. GLIOME A L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU FILUM TERMINALE AYANT COMPRIMÉ ISOLÉMENT LES FILETS NERVEUX VÉSICAUX ; par B. LACHMANN. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, XIII, 1.)

Un homme de quarante-six ans souffre depuis deux ans de douleurs en urinant, la miction ne s'exécute souvent qu'au prix des plus grands efforts, tandis qu'à d'autres instants l'urine s'écoule malgré lui goutte à goutte. Six mois plus tard, il est pris de dyspepsie accompagnée de douleurs et de vomissements ; il maigrit. Peu de temps après, il ressent des paresthésies (fourmications, sensations de chaleur et de froid) dans les extrémités inférieures. A son entrée à l'hôpital, on constate de l'athéromasie des artères périphériques, de l'hypertrophie du ventricule gauche ; on perçoit la vessie sous la forme d'une tumeur dure extrêmement sensible à la pression. Des sondages antiseptiques répétés évacuent une urine d'abord claire ne contenant que peu de sédiment, puis sanglante et albumineuse ; dès lors la miction s'effectue spontanément sans efforts, mais en causant des douleurs très intenses. La région vésicale demeure excessivement sensible. Les phénomènes ultérieurs sont tels que l'on porte le diagnostic de carcinome de la vessie. L'émaciation et l'adynamie s'accroissent si rapidement que le malade meurt dans le collapsus un mois après son admission.

Voici ce que l'on rencontre à l'autopsie : l'extrémité conique de la moelle est en quelque sorte fichée dans une tumeur de six centimètres de long qui, réduite en haut, se continue dans le filum terminale, sur une distance de neuf centimètres. Sa constitution ressemble à celle de la substance blanche du cerveau ; la surface en est un peu lobulée sur certaines coupes. Les branches nerveuses de la queue-de-cheval sont partout indépendantes du néoplasme qui, d'ailleurs, ne renferme aucune fibre nerveuse ; il est composé de cellules rondes et allongées ici en amas, là en rapport avec un épais treillis fibreux : cellules araignées. Par places, globules granulo-graisseux. Nulle dégénérescence dans la moelle. — Les rapports, la nature de la tumeur, son lieu d'implantation, l'intégrité de la queue-de-cheval expliquent la paralysie isolée des nerfs vésicaux, à l'exclusion des autres filets nerveux. M. Lachmann pense avoir eu affaire à une tumeur congénitale analogue à certaines formes de tumeurs du sacrum. P. K.

XIV. Un cas d'hémorrhagie de la protubérance ayant entraîné des dégénérescences secondaires dans le ruban de Reil ; par Paul Meyer. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.* XIII, 1.)

Il s'agit d'un homme de quarante-huit ans ayant d'abord présenté une légère attaque apoplectiforme passagère ; cinq ans après, à la suite d'une émotion, difficulté dans l'articulation des mots, hémiplégie faciale droite, contracture du coude gauche en flexion, sans ictus ni troubles de la connaissance. Quatre jours plus tard, après une discussion, délire avec affaiblissement des facultés. A ce moment, hémiplégie faciale droite totale, parésie linguale, affaiblissement et incertitude du bras gauche, parésie de la jambe gauche, hémianesthésie très prononcée du même côté, hyperesthésie de la moitié droite de la face, alors que sa moitié gauche est anesthésique en partie ; anesthésie de la cornée et de la conjonctive droites, paralysie complète des muscles droit externe droit et droit interne gauche, kératite commençante à droite. Rien d'anormal quant à la réaction pupillaire ou à l'état ophthalmoscopique. Exagération des réflexes patellaires à gauche. La motilité des extrémités gauches ne tarde pas à s'améliorer ; mais le membre supérieur y reste le siège d'une ataxie extrême, avec incertitude dans les mouvements de par la perte du sens musculaire. A ces phénomènes s'ajoute l'absence de réflexe abdominal et crémastérien des deux côtés, la diminution du réflexe plantaire gauche, la réaction dégénérative de Erb à l'électrisation du facial droit, l'augmentation de l'hémiplégie faciale gauche. La langue se sillonne, la parole devient de plus en plus incompréhensible. Broncho-pneumonie. — On trouve à l'autopsie une sorte de

feston dans la moitié antérieure droite du quatrième ventricule, dont le plancher, à ce niveau, offre une coloration brun-jaunâtre. L'examen histologique démontre l'existence d'un vieux foyer apoplectique dans les deux tiers inférieurs de la moitié droite de la protubérance; il occupe la région correspondante de l'étage supérieur du pédoncule, c'est-à-dire le champ des fibres motrices (substance réticulée) et le domaine du ruban de Reil (Roller); intégrité du faisceau pyramidal. Destruction du noyau du facial et de l'oculo-moteur externe, des fibres radiculaires de ce dernier nerf, des origines fasciculaires et d'une partie des fibres du tronc de la septième paire. Intégrité de l'oculo-moteur commun. La partie supérieure du noyau de la cinquième paire a disparu; ses racines descendantes ne sont détruites qu'au point d'émergence du nerf; en ce qui concerne sa racine ascendante, l'altération n'a porté que sur les fibres qui, du *locus cœruleus* gagnent l'entrecroisement et le raphé. L'olive supérieure a subi la destruction avec une portion des fibres profondes de la protubérance. Dégénérescence des feuillets médian et latéral du ruban de Reil, à l'exception du faisceau qui l'unit au pédoncule cérébral : l'altération ne dépasse pas en haut la région des tubercules quadrijumeaux inférieurs, mais elle atteint son maximum au voisinage du quatrième ventricule, où le ruban de Reil a en totalité disparu; plus bas, dégénérescence du ruban. Les fibres motrices moyennes et latérales réticulées, l'olive inférieure et la substance réticulaire avoisinante, les pyramides sont demeurées intactes. Dans la région inférieure de la moelle allongée (entrecroisement des faisceaux sensitifs), on rencontre, à droite, en arrière du cordon pyramidal, une zone de dégénérescence triangulaire. Les lésions ne se poursuivent pas au-dessous de la troisième paire cervicale. Il est à remarquer que les dégénérescences secondaires sont caractérisées : au-dessous du foyer, par la diminution de volume des fibres et l'hyperplasie de la névroglie ; au-dessus du foyer, par l'abondance de cellules granuleuses. Les nombreux *anévrysmes miliaires* trouvés à la convexité, dans le centre ovale, dans la protubérance, dans le bulbe, expliquent la pathogénie de l'hémorrhagie. P. K.

XV. Altérations du système nerveux central affectant particulièrement les cordons postérieurs de la moelle dans l'ergotisme; par Franz Tuczek. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, XIII, 1.)

L'auteur tient la promesse faite par lui au Congrès de Bade en 1881[1]. Il complète l'étude clinique de M. Siemens[2] et relate les

[1] *Archives de Neurologie*, t. III, p. 242.

[2] *Archives de Neurologie*, t. III, p. 218.

résultats de ses expériences sur les animaux. L'intérêt nosographique de ce nouvel apport (27 observations) réside dans la manifestation d'une manie pure chez deux enfants de sept et douze ans (fillette et garçon). La forme psychique demeura généralement celle de la démence aiguë avec stupeur, accès d'angoisse, perturbations diverses de la connaissance, phénomènes épileptiformes constants. Pour M. Tuczek il s'agit là d'une épilepsie corticale; il en appelle à la déchéance intellectuelle concomitante si rapide, à la fréquence de manifestations psychiques équivalentes des accès spasmodiques[1], à l'ataxie et aux troubles de la parole succédant aux crises. Tous les malades présentèrent aussi des symptômes de lésions dans les cordons postérieurs; l'autopsie de quatre d'entre eux en met l'existence hors de doute. L'altération bilatérale, étendue à toute la hauteur de la moelle, se limitait symétriquement aux faisceaux de Burdach, ou du moins commençait par les bandelettes latérales. L'analyse histologique décélait l'atrophie des fibres nerveuses par la prolifération du tissu conjonctif farci de cellules-araignées. C'est, dit M. Tuczek, un tabes à marche aiguë. L'auteur rapproche enfin l'absence du phénomène du genou de l'expansion de la lésion à la région lombaire; il admet qu'elle puisse être le premier symptôme de l'altération des cordons postérieurs et pense que le phénomène du genou est un réflexe tendineux (une observation de retard du phénomène avant sa disparition). Le bilan anatomopathologique du cerveau est constitué dans l'espèce par de la pachyméningite externe, de la congestion corticale et de la dégénérescence graisseuse des vaisseaux moyens de l'écorce ainsi que de la substance homologue de la corne d'Ammon. Les expériences entreprises avec l'ergot, l'ergotine, l'acide sclérotinique employés à l'intérieur ou en injections sous-cutanées chez la souris, la poule, le lapin, le chien, le chat, demeurèrent négatives. Malgré l'émaciation, les vertiges, la stéatose viscérale, les phénomènes paraplégiques, et même ataxiques, les réflexes patellaires persistèrent et la moelle resta indemne. P. K.

XVI. Mémoire sur la déviation conjuguée des yeux et la rotation de la face dans les lésions bulbo-protubérantielles, a propos d'une tumeur de cette région; par Quioc. (*Lyon médical*, 1881, nos 27-30.)

L'auteur rappelle les travaux publiés sur ce sujet, et les points demeurés obscurs malgré leur importance.

Graux n'a pas expliqué la rotation de la tête effectuée du

[1] *Archives de Neurologie*, t. IV, p. 93.

même côté que la déviation des yeux par deux de ses malades et tous les animaux chez lesquels il avait réussi à provoquer cette déviation.

Landouzy a distingué la rotation croisée sans inclinaison de la tête de la rotation directe avec inclinaison, sans démontrer que le centre immédiat de la première soit le noyau de la branche externe du spinal et non, comme celui de la seconde, les cornes antérieures de la moelle cervicale. La clinique et la physiologie permettent de croire que des fibres directes relient à l'écorce cérébrale le centre immédiat de la rotation directe et des fibres croisées le centre immédiat de la rotation croisée.

Plusieurs cas échappent aux lois ainsi établies d'après l'observation. On a trop oublié les ganglions nerveux de la base du cerveau dont deux, la couche optique et les tubercules quadrijumeaux, sont de nature réflexe. Ces derniers ont des rapports déjà connus avec le noyau de l'abducens, par le faisceau transverse du pédoncule de Gudden. L'auteur montrera qu'ils en ont aussi avec les centres rotateurs de la tête et que la lésion des fibres qui les relient donne lieu à des troubles de nature spéciale consistant dans la suppression de la tonicité des muscles innervés par eux. L'influx volontaire parvient toujours à ces centres et annihilera, par moments, l'absence de tonicité.

Les tubercules quadrijumeaux envoient leurs bras dans la couronne rayonnante, et les deux faisceaux du ruban de Reil dans la calotte, voie réflexe de Meynert. Les fibres de la calotte ne s'entrecroisent que dans la moelle. On voit l'association croisée qui en résulte pour les noyaux d'origine bulbaires et médullaires des nerfs destinés aux muscles de la rotation.

Adamück, en excitant le tubercule quadrijumeau antérieur droit, provoquait la déviation conjuguée à gauche (signe de la marche croisée des fibres dans ces tubercules), et parfois aussi la déviation de la tête. Longet put faire suivre la lumière d'une bougie par pure action réflexe à des animaux privés de toute la portion des hémisphères supérieurs aux ganglions de la base. Peut-on sans effort ne pas tourner la tête du côté où l'on regarde? Ainsi la physiologie démontre les relations annoncées par l'anatomie. Un schéma résume les idées de l'auteur.

Un malade du professeur Gayet, après une céphalalgie intense et continue, fut pris sans diplopie, ni fièvre, ni convul-

sions, ni paralysie, de déviation conjuguée des yeux à droite. La face tournée de même n'était nullement inclinée; les muscles du cou ni paralysés, ni contracturés. Cette rotation disparaissait sous l'influence de la volonté. L'occlusion de O G permettait à O D de se porter vers la gauche. Le diagnostic porté fut: tumeur de la moelle allongée, destruction du noyau de l'abducens gauche et de son anastomose avec l'oculo-moteur. A l'autopsie, on trouve une tumeur de la grosseur d'une noisette en avant du noyau de l'abducens, parmi les fibres verticales de la calotte, et sur le trajet du tronc de ce nerf.

Ainsi se trouvent confirmées les données anatomiques précédentes; ainsi est contredite l'opinion de Graux qui voyait l'anastomose de l'abducens et de l'oculo-moteur dans des fibres verticales sous-épendymaires, et leur faisait gagner le noyau même de la troisième paire. Ces fibres obliques dans le plancher se dirigent vers le tronc de l'oculo-moteur. (Pierret.)

La rotation de la tête, corrigée par la volonté, ne dépendait que d'un défaut de tonicité des rotateurs croisés du côté droit et de la prédominance consécutive de ceux du côté gauche.

Passant en revue les observations de déviation conjuguée des yeux et de rotation de la face dans lesquelles l'autopsie a montré des lésions de la moelle allongée, l'auteur conclut que la déviation conjuguée des yeux du côté opposé à la lésion procède d'une lésion portant sur la partie postérieure de la région bulbo-protubérantielle, et celle qui a lieu du même côté d'une lésion affectant les parties de l'encéphale supérieures à cette région. Cette dérogation à la loi de Prévost et Landouzy ne subit elle-même d'exception qu'en ce qui concerne peut-être le cervelet et les faisceaux de la calotte unissant à l'abducens les tubercules quadrijumeaux.

L'existence de phénomènes pathologiques du côté des membres indique une lésion atteignant les pyramides, leur absence, sa localisation à la partie postérieure de la région bulbo-protubérantielle.

La rotation de la face, dont les conditions sont encore ici obscures, a lieu du même côté que la déviation des yeux et manque plus souvent qu'elle dans les affections de la protubérance. L'état fonctionnel des muscles dont elle relève n'a aucun rapport avec celui des muscles des membres.

D. Bernard.

XVII. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PHYSIOLOGIE DES COUCHES OPTIQUES ; par J. LUYS. (*L'Encéphale*, n° 3, 1882.)

On sait que M. Luys est l'introducteur, en France, d'une théorie d'après laquelle les couches optiques seraient le point de concentration de sensibilité générale et spéciale et qu'il y a décrit un certain nombre de noyaux acoustique, optique, olfactif, *sensorium commune*, affectés chacun à un mode de sensibilité distinct. Cette théorie n'a rien qui répugne et se recommande comme toutes les théories schématiques, par un caractère séduisant de simplicité; mais est-elle démontrée? M. Luys se garderait d'en douter et son principal argument est une vieille observation de John Hunter Junior, lue le 23 juin 1824 à la Société médico-chirurgicale de Londres qu'il vient de reproduire encore une fois, dans son journal *l'Encéphale*. Nous verrons ce que pèse cette pierre angulaire de la théorie des centres optiques de M. Luys.

En déterminant dans la constitution anatomique de nos tissus des désordres variés, la nature ne se propose nullement de nous guider dans l'étude des maladies, et si l'on veut utiliser les expériences auxquelles elle se livre parfois, sans le vouloir, il faut s'astreindre à une méthode d'examen et de discussion dont M. Charcot, dans ses *Leçons sur les localisations cérébrales*, a parfaitement posé les bases. Il faut, en ce qui concerne l'étude des localisations, par exemple, choisir de préférence les faits cliniques simples et, autant que possible, observés dans ce but spécial; il faut aussi n'accorder de valeur qu'aux lésions bien nettes, détruisant un organe ou un département bien circonscrit. Les autres faits doivent être rangés, non parmi les faits négatifs, mais parmi les faits nuls que si, par exemple, l'on cherche à connaître, par voie d'expérienc. pathologique, les fonctions de la capsule interne, un foyer étendu et diffus, ayant détruit la capsule et les régions voisines, aussi bien qu'une tumeur à lent accroissement comprimant les fibres sans les détruire, seront de nulle valeur, tandis qu'un foyer destructif bien limité devra être rangé parmi les faits de valeur positive. Voyons maintenant si l'observation que M. Luys a rendue fameuse réalise ces conditions d'étude et si cet observateur n'en a pas exagéré l'importance.

Cliniquement, d'abord, la valeur de cette observation nous paraît faible: elle est trop ancienne et trop complexe. Une jeune fille de dix-sept ans est prise de céphalalgie violente et opiniâtre, de vertiges, de syncopes, puis de douleurs vertébrales, articulaires, etc., qui ne lui laissent aucun repos. Bientôt son ouïe s'affaiblit, sa vue, d'abord troublée par de la myopie, de la macropsie, se perd ensuite d'une manière passagère, puis d'une manière définitive; il survient des attaques convulsives. L'odorat, le goût diminuent et dispa-

raissent à leur tour; enfin l'intelligence s'obscurcit, les troubles trophiques apparaissent et la malade succombe dans un état d'épuisement complet, deux ans après l'apparition des premières attaques convulsives et quatre ans après le début de la maladie par la céphalée temporale.

Les résultats de l'examen anatomique n'étaient pas faits pour jeter beaucoup de lumière sur la pathogénie d'accidents aussi nombreux : ils sont exposés, d'ailleurs, d'une manière très incomplète par l'auteur. On trouva les couches optiques envahies par une tumeur fougueuse « n'affectant pas les corps striés, mais s'étendant dans les parties adjacentes du cerveau et du cervelet et aussi à la pointe inférieure de la faux du cerveau ». Voilà tout. Il n'est pas question, bien entendu, de localisation ni de limitation exacte du mal et si la planche qui accompagne le mémoire donne une belle image des ventricules envahis par la tumeur, aucun dessin de coupe n'y est annexé.

Or, pour nous restreindre au point de vue spécial auquel M. Luys publie depuis si longtemps cette vieille observation, de quoi s'agit-il ? de déterminer le siège des lésions qui ont amené chez la jeune malade de Hunter, la perte successive de l'ouïe, de la vue, du goût et de l'odorat. Ces paralysies successives sont-elles dues à des lésions : 1° des nerfs, 2° de la capsule interne, 3° ou de la couche optique elle-même ? Là est toute la question. L'autopsie peut-elle la résoudre ? Non, parce que la lésion trop étendue, trop diffuse, trop incomplètement décrite, d'ailleurs, peut justifier chacune de ces trois hypothèses et n'en justifie, par conséquent, aucune. La tumeur, en effet, ayant envahi « les parties adjacentes du cerveau et du cervelet jusqu'à l'angle inférieur et postérieur de la grande faux du cerveau, devait tout au moins comprimer les tubercules quadrijumeaux, bien qu'il n'en soit nullement question ; la capsule interne, d'autre part, était sans doute plus ou moins intéressée; l'ulcération de la cornée et la perte de l'œil gauche qui survinrent dans le dernier temps, sembleraient, ainsi que le remarquent MM. Lussana et Lemoigne, impliquer le trijumeau dans l'affaire; mais rien ne nous servirait de continuer des hypothèses sur une observation incomplète et, par elle-même, dénuée dans l'espèce de toute valeur démonstrative.

Ceci n'empêche pas M. Luys de chercher à démontrer son hypothèse par son hypothèse elle-même, et de nous faire voir comment les choses se sont certainement passées dans ce cas « unique », ainsi qu'il l'avoue lui-même. Chemin faisant, il ne ménage pas les incrédules, et en particulier, MM. Lussana et Lemoigne, qui, « entraînés par leurs idées personnelles », ont parlé de paralysie du trijumeau. M. Luys laisse, d'ailleurs, chacun libre de tirer « de cette observation magistrale, les conclusions naturelles qu'elle fournit». Il a seulement voulu « montrer aux esprits indépendants que la vé-

rité est moins dans les livres officiels que dans l'observation directe de la nature et qu'un fait clinique bien constaté par des témoins impartiaux, à l'abri de toute *radiation officielle* ambiante, vaut mieux, à lui tout seul, qu'une série d'observations plus ou moins complaisamment recueillies et qui n'ont souvent d'autre but que de satisfaire les théories scientifiques à la mode. » E. CHAMBARD.

XVIII. CONTRIBUTION A L'ENCÉPHALOPATHIE SATURNINE; par ULLRICH. (*Allg. Zeitschr. f. Psych. u. psych. gerichtl. Medic.*, XXXIX, 2 et 3.)

L'observation dont suit l'analyse constitue le substratum de ce travail. Un homme de trente-neuf ans présente depuis six mois des symptômes permettant de croire à un début de démence paralytique. Tels l'amnésie, l'incertitude de la démarche et des tremblements des mains, des troubles de la parole s'aggravant à l'occasion de violentes émotions morales. Un beau jour, accès épileptiforme; l'évolution de la maladie ressemble dès lors à celle d'une paralysie générale sans prédominance de symptômes psychiques; une démence absolue ne tarde pas néanmoins à apparaître. Voici quels étaient les signes somatiques. Inégalité pupillaire, ataxie linguale, aphasie passagère, contractures alternantes des extrémités, diminution de l'excitabilité électro-musculaire, atrophies musculaires circonscrites, accès épileptiformes, anesthésie générale à l'exception de la tête hyperesthésique, amaurose à peu près complète en ce sens que la sensation de lumière subsiste (pas d'altérations ophthalmoscopiques), oblitération temporaire du goût et de l'odorat. Adynamie, hypothermie; mort. L'autopsie décèle l'existence d'une lepto-méningite chronique avec atrophie cérébrale, hydrocéphalie interne, granulations épendymaires. Le cerveau contient, à l'analyse chimique, une assez notable proportion de plomb dans les circonvolutions pour qu'on puisse en obtenir un grain; le cervelet, les corps opto-striés, les méninges en renferment en abondance. L'auteur en conclut que l'intoxication saturnine peut entraîner à sa suite une véritable paralysie générale, qu'il y a, dans l'espèce, une action directe du plomb sur les centres, et que les symptômes qui échappent à cette explication (anesthésie, amaurose, etc.) doivent être considérés comme issus de perturbations fonctionnelles dues aux troubles de nutrition de même cause. P. K.

XIX. ÉPILEPSIE JACKSONNIENNE DANS LE DOMAINE DU FACIAL GAUCHE. FOYER DE RAMOLLISSEMENT DE LA FRONTALE ASCENDANTE DU CÔTÉ DROIT, OCCUPANT LE CENTRE DU FACIAL; par KNECHT. (*Allg. Zeitschr. f. Psych. u. psych. gerichtl. Medic.*, XXXIX, 2 et 3.)

L'homme de quarante-neuf ans, qui fait le sujet de cette observation, présente de la parésie du facial gauche, des tremblements

convulsifs dans les muscles innervés par ce nerf (pertes de connaissances inconstantes) et, de temps à autre, dans la jambe du même côté. La percussion révèle l'existence d'une zone circonscrite douloureuse au-dessous de la tubérosité pariétale droite. La mort survient au milieu de la répétition croissante des crises convulsives (perte de connaissance absolue). On trouve à l'autopsie un foyer de ramollissement du volume d'une cerise, sur le bord antérieur de la frontale ascendante à la hauteur de la seconde frontale. C'est à lui que M. Knecht attribue les convulsions céphaliques; il rattache celles de la jambe gauche à des stases temporaires collatérales émanées du foyer. P. K.

XX. De l'atrophie avec sclérose du cervelet ; par Kirchhoff (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, XII, 3).

La première observation, qui sert de soutènement à ce travail, concerne une fillette de cinq ans, qui, indemne d'hérédité, est prise subitement pendant quatre jours de convulsions hémilatérales gauches, laissant après elles une parésie passagère du bras de ce côté. Puis se montrent de grandes crises épileptoïdes, prédominant d'abord du côté gauche (facial ; athétose de la main) pour aboutir à un état de mal de quinze jours ; consécutivement, amnésie, hébétude profonde, congestion très prononcée du fond de l'œil. Peu après, nouvel état de mal (on compte jusqu'à quarante-six à cinquante crises en un jour) cédant la place à la démence avec gâtisme, vertige, affaiblissement des extrémités inférieures, incertitude et ataxie motrices, perte de la notion de situation des membres. A ces symptômes viennent se joindre un exanthème vaso-paralytique, de l'incoordination phonétique, une paraplégie complète avec projection du tronc et de la tête en avant, de l'émaciation : congestion très grande de la papille gauche (par pression intracérébrale). On trouve, à l'autopsie, un ventricule latéral droit très dilaté, gorgé d'un liquide clair. L'hémisphère cérébelleux gauche, considérablement diminué de volume, est atrophié, induré ; l'altération a porté de préférence sur le lobe postérieur du vermis et de l'hémisphère, dans les lames transverses, dans le toit, dans le bourgeon terminal et sur les parties correspondant à gauche au tubercule de la valvule. Il s'agit d'un processus scléreux greffé sur un arrêt de développement (absence complète des cellules de Purkinje dans la zone atrophiée). — Même ordre de lésions, mais disséminées dans tout l'organe, en ce qui a trait à la seconde observation. Il s'agit ici d'une fille de vingt ans, imbécile, mais s'intéressant à sa famille et connaissant les personnes de son entourage. Elle s'occupait malgré une lenteur extrême et du tremblement menu dans les mouvements ; la parole était traînante.—M. Kirchhoff s'arrête en terminant aux propositions suivantes toutes provisoires :

1° Une atrophie hémilatérale du cervelet d'origine embryogénique suivie de sclérose peut entraîner des troubles de la motilité de la moitié du corps homologue;

2° Un tel arrêt de développement appartient à la fin de la vie intra-utérine;

3° Il semble qu'on soit autorisé à établir un rapport entre la lésion des lames transverses du cervelet et les troubles moteurs du même côté du corps. P. K.

XXI. Contribution a l'étude de la paralysie ascendante aiguë; par Richard Schulz et Friedreich Schultze (de Heidelberg). (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, XII, 2.)

Un homme de quarante-quatre ans, ayant eu quatre ans auparavant la syphilis, prend en quelques jours quatre bains de vapeur pour se débarrasser d'un coryza, le seul résultat obtenu se manifeste par la transformation en pesanteur de la fatigue légère qu'il éprouvait dans les jambes quatre semaines auparavant. En onze jours se développe de la parésie des extrémités inférieures, accompagnée de la disparition des réflexes patellaires; bientôt l'on constate une paraplégie flasque absolue et de la parésie du bras gauche, de la difficulté à manger, les masséters faiblissant en même temps que la déglutition devient pénible, de la paralysie des muscles de la nuque. Miction pénible; troubles purement subjectifs de la sensibilité des orteils; suppression totale des réflexes cutanés et tendineux. En dépit du traitement mercuriel (frictions), associé à l'ingestion d'iodure de potassium, à la révulsion et aux émissions sanguines locales, moins d'un mois après le début de l'affection survenaient des troubles de la parole et de la respiration, de l'incontinence d'urine, de l'impossibilité de produire l'effort physiologique. Les nerfs et muscles des extrémités inférieures ne répondent plus à l'excitation faradique; on y constate au courant galvanique la réaction dégénérative. Les muscles fléchisseurs des bras sont également inexcitables à l'électrisation galvanique, les extenseurs présentant la réaction dégénérative. Inexcitabilité complète des nerfs des jambes même à l'aide de vingt éléments, les nerfs radial et cubital réagissant faiblement à leur sollicitation. L'application des courants continus ascendants le long de la colonne vertébrale, jointe aux effets de la kathode sur les muscles et nerfs des membres inférieurs, détermine en vain une légère améliora-

tion ; la complication d'une bronchite catarrhale emporte le malade en huit jours. Durée de l'affection nerveuse : deux mois ; nul accident de décubitus. — Le microscope permet de reconnaître : à l'état frais, la réduction de la fibre musculaire qui apparaît comme poussiéreuse et dépourvue de striations transverses, le morcellement de la myéline dans les tubes nerveux, le ramollissement de la moelle ; — sur les préparations durcies, la tuméfaction du tissu conjonctif et des cylindres-axes, mais l'absence de cellules granuleuses dans les faisceaux pyramidaux jusqu'à la hauteur de l'entrecroisement dans les cordons antéro-latéraux à la région dorsale inférieure et sur la limite des zones latérales des cordons postérieurs à la région dorsale supérieure ; les muscles infiltrés de granulations graisseuses et de noyaux de hypergenèse. La *substance grise des cornes antérieures* avait ses grosses cellules tuméfiées, disparues par places (formation de vacuoles) ; mêmes boursouflements partiels le long des tractus de cylindres-axes qui en émanent, sur le noyau d'origine du facial, et dans les fibres radiculaires antérieures. En un mot, il s'agirait d'une *poliomyélite antérieure aiguë*, la substance blanche ayant participé aux lésions, notamment les *cordons latéraux* ; l'origine syphilitique semble de toute évidence aux auteurs de ce travail. Les troubles prononcés de l'excitabilité électrique constituent pour eux l'originalité de l'observation dont ils maintiennent, au jour des démonstrations anatomiques, la dénomination : M. Fried. Schultze affirme du reste, en outre, qu'il vient d'observer un fait analogue tout récemment. P. K.

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

*Séance du 12 mars 1883.* — PRÉSIDENCE DE M. MOTET.

M. CHARPENTIER donne lecture d'un rapport sur les travaux de M. Pierret, candidat au titre de membre correspondant. M. Pierret est élu membre correspondant de la Société.

M. Garnier lit un rapport sur la candidature de M. Vallon, qui est aussi nommé membre correspondant.

*Discussion sur l'avant projet de loi modifiant la loi du 30 juin 1838.* — M. Motet, établissant un parallèle entre l'ancienne loi de 1838 et la nouvelle qui vient d'être déposée au Sénat, expose les garanties apportées à la sortie des aliénés des établissements publics et privés, par les modifications intercalées dans le texte soumis aux législateurs. Chemin faisant, M. Motet rend justice aux hommes qui, dans la rédaction de l'ancienne loi, ont presque tout prévu et n'ont laissé que peu de prise à la critique la plus sévère.

M. Foville demande si, d'après la nouvelle loi, un malade maintenu par décision de la chambre du conseil, aura le droit d'interjeter appel; et, en se plaçant à un point de vue opposé, si un parent, qui a obtenu le placement d'un des siens, aura le droit de faire appel de la décision en vertu de laquelle le malade, déclaré guéri, sera rendu à la liberté. Il me semble, dit-il, qu'il serait indispensable que la famille fût prévenue de la sortie imminente de son parent, quelques jours avant que la sortie ne devienne effective, de façon à permettre aux intéressés d'interjeter appel de la décision qui a autorisé cette sortie.

La question, on le voit, vaut la peine d'être discutée, et je fais appel à nos collègues pour savoir si de pareils cas se sont présentés à leur observation.

M. Blanche. — J'ai eu avec MM. Foville et Christian à formuler des conclusions sur une demande en interdiction. Les premiers juges maintinrent le malade à l'asile; mais, peu après, il fut interjeté appel de la sentence et le malade fut mis en liberté.

M. Foville se rappelle fort bien le cas auquel M. Blanche vient de faire allusion; il s'agissait d'une interdiction jugée en séance publique. La jurisprudence est établie sur ce point, mais reste muette quand il s'agit d'une demande de sortie. La décision, étant alors rendue en Chambre du Conseil, n'est point publique; il n'y a pas, à proprement parler, de jugement. Tous les intéressés peuvent-ils ou ne peuvent-ils pas faire appel d'une décision prise dans ces conditions?

M. Blanche. — Cette guérison aurait mérité d'être discutée au sein de la Commission qui a élaboré le nouveau projet de loi.

M. Motet. — L'intervention de la famille ne peut avoir d'effet suspensif; si la mise en liberté est prononcée, le malade sortira immédiatement de l'asile.

M. Blanche. — Il me paraîtrait meilleur qu'il en fût autrement.

M. Foville. — Sans nuire à l'esprit de libéralisme qui a inspiré

la loi, il serait bon d'insérer un article additionnel contenant l'obligation de prévenir la famille de la décision prise, afin de lui permettre de présenter ses objections et lui donner le temps d'énoncer les raisons pour lesquelles elle redoute la sortie qui vient d'être prononcée.

M. Motet. — Dès l'instant où la liberté individuelle est en jeu, il ne peut y avoir aucune raison de surseoir à une décision de sortie, dont l'effet doit être immédiat.

M. Dagonet fait remarquer qu'en pareil cas la responsabilité du médecin est complètement dégagée.

M. Blanche. — Assurément, mais il ne s'agit pas seulement de responsabilité, il faut aussi penser aux dangers que court l'entourage de certains aliénés.

M. Beaume. — Ce point est d'autant plus important, que certains magistrats n'examinent même pas les dossiers avant de prendre une décision. Je connais un aliéné dangereux remis en liberté par un tribunal, sous prétexte qu'aucune autorité n'était intervenue dans sa séquestration; or, en réalité, le préfet avait ordonné le placement d'office.

M. Motet. — Il nous resterait encore bien d'autres questions à discuter. En voici trois que, pour ma part, je voudrais voir résolues par la nouvelle loi : 1° les sorties à titre d'essai; 2° le traitement à domicile des aliénés inoffensifs; 3° la situation des aliénés criminels.

Ces questions seront mises à l'ordre du jour de la Société.

M. B.

*Séance du 9 avril 1883.* — Présidence de M. Motet.

M. le Président annonce la mort de M. Lasègue, et donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de la Société.

La séance est ensuite levée en signe de deuil. M. B.

*Séance du 30 avril 1883.* — Présidence de M. Motet.

*Prix Esquirol.* Après la lecture du rapport de M. Cotard, le prix Esquirol est décerné à M. Millet, ancien interne de Sainte-Anne.

*Eloge de Parchappe.* M. Ritti prend ensuite la parole pour prononcer l'éloge de Parchappe. M. B.

*Séance du 28 mai 1883.* — Présidence de M. Motet.

*Les hypnotiques hystériques considérées comme sujets d'expérience en médecine mentale. (Illusions, hallucinations, impulsions irrésis-*

*tibles provoquées; leur importance au point de vue médico-légal*); par Ch. Féré. — L'état mental des hystériques a été le sujet d'études très importantes de la part de MM. Huchard[1] et Legrand du Saulle[2], nous ne chercherons point à ajouter aux travaux de ces auteurs en ce qui concerne les troubles spontanés de l'intelligence dans l'hystérie; nous nous bornerons à l'étude d'un groupe de faits tout particulier.

Parmi les phénomènes si nombreux et si variés que l'on observe chez les hystériques et, en particulier, dans cette forme d'hystérie bien connue aujourd'hui sous le nom d'hystéro-épilepsie ou *grande hystérie*, ceux que l'on a groupés sous le nom d'*hypnotisme* sont sans contredit des plus curieux et des plus intéressants au point de vue spécial de la médecine mentale et de la médecine légale.

On comprend sous le nom d'*hypnotisme* plusieurs états nerveux différents qui peuvent être ramenés, d'après M. Charcot[3], à trois types fondamentaux : 1° état cataleptique; 2° état léthargique; 3° état de somnambulisme provoqué. Nous allons rappeler brièvement les caractères principaux de ces trois états.

*A. État cataleptique.* — Il peut se produire : 1° primitivement sous l'influence d'un bruit intense et inattendu, d'une lumière vive qui frappe le regard, par la fixation prolongée d'un objet quelconque, etc.; — 2° consécutivement à l'état léthargique lorsque l'on ouvre les yeux du sujet dans un lieu éclairé. Le sujet cataleptique est immobile, comme pétrifié. Il regarde fixement les yeux ouverts. Les différentes parties du corps sont susceptibles de conserver les attitudes qu'on leur communique pendant un temps très long sans qu'il se manifeste aucun des phénomènes qui accompagnent ordinairement l'effort. Les réflexes tendineux sont abolis, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire n'existe pas. Il y a insensibilité complète à la douleur; mais les sens spéciaux et le sens musculaire conservent une partie de leur activité. C'est ce qui permet d'impressionner le sujet par voie de suggestion et de provoquer des hallucinations, des impulsions automatiques. Sous l'influence de la suggestion, les attitudes fixes artificiellement imprimées aux membres font place à des mouvements coordonnés en rapport avec l'hallucination; quand la suggestion a cessé, le sujet redevient immobile.

*B. État léthargique.* — Il est déterminé : 1° primitivement par la fixation d'un objet quelconque, ou par l'occlusion avec compression

[1] H. Huchard. — *Caractère, mœurs, état mental des hystériques* (*Archives de Neurologie*, t. III, 1882.)

[2] H. Legrand du Saulle. — *Les hystériques; état physique et état mental, actes insolites délictueux et criminels;* in-8° 1883.

[3] Charcot. — *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1882.

légère des yeux, etc. ; 2° consécutivement à l'état cataleptique, par l'occlusion des paupières ou par le passage dans un lieu obscur. On entend un bruit laryngé spécial, il vient un peu d'écume aux lèvres et le sujet s'affaisse dans la résolution complète ; les membres sont flasques et pendants. Les réflexes tendineux sont exagérés. L'hyperexcitabilité neuro-musculaire existe toujours à des degrés divers : les muscles se contractent sous l'influence d'une irritation mécanique, portant soit directement sur les muscles eux-mêmes, soit sur le nerf qui les anime; il s'agit d'une contraction permanente, d'une contracture qui ne se résout que par l'excitation des muscles antagonistes. Les téguments sont insensibles à la douleur, et, bien que les gens conservent un certain degré d'activité, le sujet se prête peu en général aux suggestions. Cet état est donc le moins intéressant au point de vue spécial qui nous occupe.

L'état cataleptique et l'état léthargique peuvent être localisés, en conservant tous leurs caractères à un seul côté du corps, suivant que l'on ouvre ou que l'on clot l'œil du côté correspondant.

*C. État de somnambulisme provoqué.* — Il peut être provoqué primitivement par la fixation du regard ou par diverses pratiques (procédé de Faría, etc.). On le produit secondairement chez les sujets plongés dans l'état cataleptique ou l'état léthargique en exerçant une friction légère ou une simple pression sur le vertex. Dans cet état, qui correspond plus particulièrement à ce qu'on appelle le sommeil somnambulique, les yeux sont incomplètement clos, les paupières souvent agitées de frémissements. L'hyperexcitabilité neuro-musculaire n'existe pas, la résolution des membres est beaucoup moins prononcée que dans l'état précédent. Mais si, par l'excitation mécanique des muscles ou des nerfs, on ne peut pas provoquer de contractions permanentes, il est possible par de légers attouchements (passes des magnétiseurs), par un souffle léger dirigé sur la peau, etc., de produire une rigidité musculaire spéciale, un état cataleptoïde différant de la contracture liée à l'hyperexcitabilité neuro-musculaire en ce qu'elle ne se résout pas par l'excitation des antagonistes et de l'immobilité cataleptique en ce qu'elle oppose une résistance quand on veut modifier l'attitude. — Les téguments sont insensibles à la douleur ; mais certains modes de la sensibilité de la peau, ainsi que le sens musculaire et les sens spéciaux sont le siège d'une hyperexcitabilité spéciale, grâce à laquelle par injonctions ou par suggestions on peut provoquer des actes automatiques très complexes. Cet état est celui qui se prête le mieux à notre étude actuelle. — On peut faire cesser cet état de somnambulisme provoqué, soit en ouvrant les yeux, le sujet tombe alors en catalepsie, soit en les fermant et en comprimant légèrement les globes oculaires pour plonger le sujet dans l'état léthargique.

Lorsqu'on a présents à l'esprit les différents caractères de ces états, il est facile de les reconnaître sur un sujet hypnotique quelconque et d'éviter, comme on l'a fait trop souvent, d'attribuer à la léthargie ou à la catalepsie des phénomènes qui appartiennent au troisième état. Il est indispensable, dans toutes les expériences faites sur les hypnotiques, de pouvoir déterminer à chaque instant et d'une manière précise dans quel état le sujet se trouve sous peine d'erreurs graves. Maintenant que nous sommes en mesure de nous placer dans ces conditions, nous allons passer à l'étude des phénomènes qui doivent nous occuper spécialement dans les divers états de l'hypnotisme.

I. Nous laisserons de côté l'état léthargique, parce que, bien que la sensibilité générale et spéciale ne soit pas totalement abolie, il est en général impossible d'impressionner le sujet avec assez d'intensité pour pouvoir communiquer avec lui et lui donner des suggestions ou des impulsions.

II. Dans la *catalepsie*, on peut communiquer avec le sujet par des procédés très divers. Et d'abord, par l'intermédiaire du sens musculaire : ainsi, si on donne aux membres une attitude tragique, de menace, par exemple, on voit les sourcils se froncer et l'expression de la physionomie se mettre en accord avec la position des membres (Braid, Charcot et Richer [1]). Inversement, si on électrise les muscles de la face et que l'on donne artificiellement au visage l'expression de la terreur, les membres vont prendre une attitude correspondante (Charcot et Richer [2]). Les phénomènes d'association se manifestent d'une manière instantanée pour ainsi dire et les attitudes plastiques ainsi obtenues sont aussi permanentes que celles de la catalepsie en général.

Le sujet cataleptique peut encore être impressionné par les organes des sens [3]. Ainsi, si on frappe vivement son attention en lui parlant brusquement, on peut lui suggérer l'idée qu'elle entend une voix amie ou détestée et tout de suite la physionomie prend l'expression de l'affection et de la joie, ou de la haine et de la terreur.

Si on attire son regard en agitant la main devant ses yeux et que, par des gestes appropriés, on figure un objet agréable ou horrible, on provoque les mêmes modifications de l'expression ; on

[1] Charcot et Richer. — *Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques*, (*Archives de Neurologie*, 1881 et 1883.)

[2] Charcot et Richer. — *Note on certain facts of cerebral automatism observed in hysteria, during the cataleptic period of hypnotism.* (*Journal of nervous and mental science*, t. X, 1883.)

[3] Bourneville et Regnard. — *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. III, p. 149. — P. Richer. — *Études cliniques sur la grande hystérie*, in-8°, 1881.

les reproduirait de même en faisant porter les suggestions sur les sens du goût ou de l'odorat.

Mais, tandis que, par l'intermédiaire du sens musculaire, on n'obtient que des attitudes fixes, des actes purement mécaniques, en quelque sorte, lorsqu'on agit sur les sens spéciaux, on peut provoquer des mouvements automatiques combinés et rationnels d'une certaine durée. Ainsi, si on suggère au sujet l'idée d'un bruit terrible et continu ou d'un animal effrayant qui le poursuit, il fuit en poussant des cris de terreur ; si on lui suggère l'idée d'un oiseau qu'on lui met dans les mains, il le caresse pendant quelques instants avant de retomber dans l'immobilité cataleptique.

Dans cet état, les sens peuvent devenir le point de départ de mouvements automatiques beaucoup plus prolongés que l'on peut s'expliquer par la persistance de l'impression sensitive et par une association d'idées antomatiques qui fait que le contact d'un objet suggère l'idée de s'en servir. La nommée B... étant plongée dans l'état cataleptique, on lui met dans les mains son crochet et son ouvrage commencé ; elle régularise la position des deux objets, et se met à faire des mailles, mais elle fait toujours le même mouvement et la même maille. Elle fait une tresse sans fin qu'elle ne relie pas au reste de l'ouvrage. Ce travail peut durer des heures, toujours avec la même régularité automatique. Un fait intéressant à noter, c'est que, pendant que le sujet est ainsi occupé à son travail automatique, si l'on vient à fermer un œil, le côté correspondant du corps tombe dans l'état léthargique, le bras reste immobile dans la résolution, tandis que l'autre main continue à faire les mêmes mouvements combinés qui sont devenus inutiles par leur isolement, mais qui ne cessent que lorsque l'objet tenu dans la main vient à tomber. Donc, même pendant l'activité automatique, il reste possible de dédoubler le sujet (hémicatalepsie, hémiléthargie).

D'autres actes analogues peuvent être provoqués par le seul fait de placer dans la main du sujet hypnotique les instruments qui servent à les accomplir, à condition, toutefois, qu'il en connaisse préalablement l'usage : un objet inconnu ne provoque aucune suggestion. Dans tous ces actes, il est difficile de dire quel est le sens qui prend le plus de part à la suggestion ; il semble, la plupart du temps, que ce soit le toucher.

Certains actes qui ne sont pas purement mécaniques, comme l'action d'écrire, par exemple, qui nécessite la mise en jeu, non seulement de la main qui trace les caractères, mais encore de la pensée qui les coordonne dans un certain ordre, ne peuvent pas être suggérés par la seule présence de l'instrument qui sert à l'accomplir. Si on met une plume entre les doigts de B... en catalepsie, elle prend l'objet, mais mollement, et la laisse tomber au bout de quelques instants, sans avoir fait un mouvement pour

s'en servir. Si, tandis qu'elle la tient, on lui dicte à haute voix les mots les uns après les autres, ou mieux encore syllabe par syllabe, on arrive à lui faire tracer quelques phrases avec l'orthographe qu'elle connaît; mais les lignes sont irrégulières, précisément parce qu'elles sont écrites sous l'influence de suggestions successives et sans lien pour le sujet. Cependant, en prenant soin de rectifier la position de la main, on peut obtenir un autographe à peu près impossible à distinguer de ceux qui sont composés pendant la veille. Je n'insisterai pas maintenant sur les conséquences possibles de ces sortes d'actes suggérés pendant l'état cataleptique, et qui ne peuvent laisser aucun souvenir, puisque le sujet est *absent* au moment où il les accomplit.

Ces différents actes consécutifs aux suggestions provoquées par l'intermédiaire des organes des sens, montrent que les objets qui les déterminent sont sentis d'une façon précise, et que, lorsqu'il s'agit d'objets imaginaires dont l'idée a été inculquée soit par la voix, soit par les gestes, ces derniers sont sentis comme s'ils existaient réellement; les objets qui figurent dans une hallucination provoquée sont perçus comme des objets réels. Nous avons pu en fournir la preuve en particulier en ce qui concerne la vision[1] : si l'on fait approcher ou éloigner l'objet, on voit la pupille se dilater proportionnellement.

C'est là un phénomène qui écarte toute idée de simulation. Ajoutons que, pendant la durée de l'hallucination visuelle, la sensibilité générale de l'œil est profondément modifiée chez certains sujets; en effet, dans l'état cataleptique, la conjonctive et la cornée, en dehors du champ pupillaire, sont en général insensibles. Sur la plupart des sujets, on peut les toucher avec un corps étranger sans provoquer de réflexes palpébraux; chez P..., par exemple, sitôt qu'on a développé une hallucination visuelle, la sensibilité des membranes externes de l'œil revient dans l'état où elle existe dans la veille. Ce fait vient à l'appui de ceux que nous avons déjà apportés pour établir la corrélation qui existe entre la sensibilité spéciale, non seulement dans l'hystérie[2], mais encore dans les lésions organiques du cerveau[3]. Jusqu'ici, nous n'avons parlé que des *suggestions* et d'*hallucinations temporaires*, ne persistant que

[1] Ch. Féré. — *Mouvements de la pupille et propriétés du prisme dans les hallucinations provoquées des hystériques.* (*Société de Biologie*, 17 décembre 1881. — *Archives de Neurologie*, 1882, t. III, p. 291.)

[2] Ch. Féré. — *Note sur quelques phénomènes observés du côté de l'œil chez les hystéro-épileptiques, soit pendant l'attaque, soit en dehors de l'attaque.* (*Société de Biologie*, 29 octobre 1881, *et Archives de Neurologie*, 1882, t. III, p. 281.) — *Hémi-hyperesthésie sensitive et hémi-anesthésie sensorielle.* (*Société de Biologie*, 5 novembre 1881.)

[3] Ch. Féré. — *Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales.* 1882, p. 147, 149, 198, etc.

pendant la durée de l'état cataleptique, et suivies d'actes automatiques relativement peu compliqués. Notons que l'on peut encore, pendant cet état, suggérer des *hallucinations persistantes* qui durent après le réveil, et dont la réalité est mise en évidence par ce fait que, dans l'hallucination visuelle, on peut dédoubler l'image fictive en plaçant un prisme devant un des yeux ou en déviant mécaniquement un globe oculaire, toujours l'image fausse est placée conformément aux lois de la physique.

III. Mais c'est surtout dans l'état de *somnambulisme provoqué* [1] que l'on peut étudier les hallucinations persistantes et complexes parce que les sens sont plus facilement impressionnés ; et, le sujet répondant beaucoup mieux aux interpellations, il est plus facile d'entrer en communication avec lui.

Dans le somnambulisme provoqué, on peut suggérer à l'hypnotique des *illusions* ou des *hallucinations* diverses de l'ouïe, de l'odorat, du goût, de la vision, du toucher, qui persistent quand le sujet est réveillé. En ce qui concerne les hallucinations visuelles, leur réalité peut être démontrée encore comme précédemment par la déviation du globe oculaire, par l'interposition d'un prisme devant l'un des yeux. Si l'objet de l'hallucination visuelle consiste en un portrait, par exemple, placé sur un plan fixe, sur une table, un corps quelconque placé sur la table masque l'image. Si, au contraire, la suggestion a placé le portrait sur un plan mobile, sur une plaque de carton dont les deux faces offrent une apparence tout à fait identique, l'image sera toujours vue sur la même face du carton, et quel que soit le sens dans lequel on le lui présente, l'hypnotique saura toujours placer les faces et les bords dans la position qu'il occupait au moment de la suggestion, de telle façon que l'image ne soit ni renversée, ni même inclinée. Si on renverse le carton suivant ses faces, le portrait n'est plus vu. Si on le renverse suivant ses bords, le portrait est vu la tête en bas. Jamais l'hypnotique n'est prise en défaut, qu'on lui couvre les yeux, que l'on se place derrière elle, pendant que l'on change les positions de l'objet, les réponses sont toujours parfaitement conformes.

Il faut remarquer que, pour que l'objet soit toujours vu suivant les mêmes proportions, il faut que le plan sur lequel son image a été suggérée soit toujours à la même distance du sujet. Ainsi, supposons que l'hypnotique étant convenablement préparée, on place un ruban métrique sur une feuille de papier blanc et qu'on lui suggère l'idée que l'on marque un point noir en face de chaque division centimétrique : après le réveil de la somnambule, on lui dit de marquer un trait sur chaque point imaginaire ; elle fait une

[1] Ch. Richet. — *Du somnambulisme provoqué* (*Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, 1875 ; *Revue philosophique*, 1880 ; *Archives de Physiologie*, 1881, etc.)

série de lignes qui sont toutes à égale distance, mais séparées par un intervalle plus grand qu'un centimètre. L'erreur est due à ce qu'il a fallu rapprocher le papier pour tracer les lignes et que les intervalles, vus de plus près, ont paru plus considérables. En somme, cette erreur n'est qu'une preuve de plus de l'objectivité de la sensation. Quand l'objet sur lequel figure l'hallucination peut être éloigné ou rapproché, au gré de l'hypnotique, l'image est toujours vue avec ses dimensions exactes, comme le montre l'expérience suivante :

Sur une feuille de papier blanc, nous plaçons une carte également blanche ; avec une pointe mousse, mais sans toucher le papier, nous suivons le contour du carton en suggérant l'idée d'une ligne tracée en noir. Quand le sujet est réveillé, nous lui demandons de plier le papier suivant ces lignes fictives ; il tient le papier à la distance où il était au moment de la suggession, et il le plie en formant un rectangle exactement superposable à la carte.

Nous avons insisté en particulier sur les hallucinations de la vue, parce que ce sont celles dont la réalité peut être le plus facilement contrôlée, mais les hallucinations et les illusions provoquées de l'odorat, de l'ouïe, du goût, du toucher ne sont pas moins saisissantes.

Nous allons résumer quelques-unes des conséquences des suggestions, illusions ou hallucinations provoquées des sens supérieurs.

*Vue.* — On peut suggérer une appréciation fausse sur la forme d'un objet que le sujet verra plus grand ou plus petit ou déformé. Si, par exemple, on lui inculque l'idée que telle personne a une difformité quelconque du visage, on verra la somnambulique, encore plusieurs heures après son réveil, prendre une expression de dégoût ou d'horreur, et cela, toutes les fois que son regard se portera du côté de cette personne qui deviendra un objet de répulsion quelquefois permanente ; nous avons employé cette manœuvre avec succès pour faire cesser des relations de certaines hystériques. L'illusion peut aller jusqu'à produire une erreur sur l'identité d'une personne : telle hypnotique à l'état de veille ira prodiguer des caresses à une personne qu'elle déteste notoirement, si pendant le sommeil somnambulique on lui a suggéré l'idée qu'il s'agit d'une autre personne qu'elle aime, et l'erreur peut durer dans certains cas toute une journée jusqu'à ce que le sommeil naturel ou une attaque soit venue interrompre l'illusion. L'hallucination n'est pas moins persistante, le sujet pourra voir pendant toute une journée un objet imaginaire, une personne absente dont on aura évoqué la présence pendant le sommeil somnambulique.

*Ouïe.* — Sous l'influence de la suggestion, l'hypnotique confond la voix d'une personne inconnue avec celle d'une personne connue

et absente ; elle peut entendre des voix qui n'existent nullement, qui lui donnent des ordres, qui lui répètent des injures, des paroles obscènes, etc.

*Goût.* — Si on a présenté à l'hypnotique un morceau de papier, par exemple, en lui disant que c'est un gâteau, à son réveil, elle va le manger avec délices. Dans d'autres circonstances, elle sera convaincue que les aliments sont empoisonnés. Si on lui a suggéré l'idée d'une substance nauséeuse, la sensation pourra être assez intense pour provoquer le vomissement.

*Odorat.* — Il peut devenir le siège de sensations erronées du même genre. Le sujet sentira, par exemple, qu'on lui envoie de mauvaises odeurs par le trou de la serrure, etc.

Il faut remarquer que les hallucinations provoquées peuvent être *unilatérales*; un objet fictif peut être vu d'un seul œil, une voix imaginaire entendue d'une seule oreille, etc., si l'auteur de la suggestion l'a voulu ainsi, tandis que, l'organe du côté opposé conserve sa sensibilité normale. Ou encore on peut suggérer une hallucination d'un côté, tandis que l'on supprime complètement la vue du côté opposé, qu'en inculquant en même temps l'idée de cécité, de surdité unilatérale. Dans d'autres circonstances, enfin, on peut suggérer des hallucinations différentes de chaque côté ; M. Dumontpallier a déjà signalé des faits de ce genre.

Les illusions et les hallucinations de *toucher* revêtent des formes encore plus variées; tous les modes de la sensibilité de la peau peuvent être atteints ensemble ou séparément. Une des plus curieuses hallucinations de ce genre est celle qui résulte de la suggestion d'une plaie: le sujet décrit la douleur d'une manière différente, suivant qu'il s'agit d'une plaie par instrument tranchant ou par instrument contondant; toutefois, sa description ne répond à la réalité que s'il a antérieurement éprouvé un de ces accidents. Mais ce qui est le plus remarquable, c'est qu'en même temps se développe l'hallucination de la vue : le sang coule, etc., et il résulte un délire systématisé plus ou moins persistant dans lequel l'halluciné se plaint de douleurs imaginaires, se fait des pansements appropriés, porte son bras en écharpe, tout comme s'il s'agissait d'une plaie véritable.

Cela nous conduit à dire que les illusions et les hallucinations des sens spéciaux peuvent être provoquées simultanément et se combiner : l'hypnotique peut être amenée, par exemple, à faire erreur sur l'identité d'une personne ou à accepter la présence d'une personne absente dont elle reconnaîtrait les traits, la voix, etc. On comprendra les conséquences possibles de cette illusion ou de cette hallucination, si un acte délictueux ou criminel venait à être commis sur l'hypnotique ou devant elle, dans ces circonstances; il en résulterait une accusation portant sur un innocent et qui serait soutenue avec la conviction la plus profonde. L'illusion ou

l'hallucination peut porter sur l'acte lui-même et conduire à des conséquences analogues.

Ce n'est pas seulement sur les sens que peuvent porter les suggestions : il est possible de provoquer des illusions et des hallucinations viscérales ; la sensation d'un corps étranger dans l'intérieur du corps, etc., etc. Mais les suggestions les plus remarquables de ce groupe, celles dont l'effet est le plus facile à contrôler sont celles qui ont trait aux besoins naturels. S'il s'agit de la soif ou de la faim, sitôt après son réveil l'hypnotique réclame avec insistance à manger ou à boire, et si on lui présente des aliments ou une boisson elle les avale gloutonnement. Si la suggestion porte sur le besoin d'uriner, etc., on voit le sujet à peine éveillé prendre une attitude embarrassée ; cherche-t-on à le retenir en lui offrant ce qu'il convoite avec le plus d'ardeur, il ne tient aucun compte des offres qu'on lui fait et bientôt il s'échappe en courant pour aller satisfaire son besoin imaginaire. La suggestion de sensations génésiques provoquerait des désirs tout aussi impérieux et dont on peut prévoir les conséquences.

C'est ici le lieu de rappeler que, chez quelques hystériques, il existe sur certains points du corps des régions (*zones érogénes*)[1] qui ne sont pas sans analogie avec les zones hystérogènes, et dont le simple attouchement, dans l'état de somnambulisme provoqué, détermine des sensations génitales assez intenses pour amener l'orgasme. Une nommée W... offrait au niveau de la partie supérieure du sternum une zone de ce genre, dont la simple pression provoquait une sécrétion abondante de liquide vulvo-vaginal. Ces phénomènes ont été provoqués plusieurs fois, à l'insu de l'observateur, qui eût pu se trouver sous le coup d'une accusation des plus graves, s'il n'avait pris la précaution indispensable, dans ces conditions, de n'être jamais seul avec le sujet. Si nous rapprochons de ce fait la possibilité de suggérer à la somnambule l'hallucination de la présence d'un individu quelconque, on comprendra à quelles mystifications coupables on peut arriver.

Ce n'est pas tout : ce n'est pas seulement sur les sens et sur les viscères que peuvent se manifester les suggestions de sensations fausses, il est possible de suggérer l'idée d'une altération de structure de toute la substance ; l'hypnotique, par exemple, va se réveiller tout étonné en disant : « Je suis de verre, ne me touchez pas ; » et, comme conséquence de cette idée fausse, il va se développer un délire systématisé. D'autres délires du même genre peuvent être créés à volonté, dès qu'on a suggéré une sensation fausse portant sur l'un quelconque des sens spéciaux.

Nous avons montré plus haut qu'il est possible de reconnaître

[1] Chambard. — *Du somnambulisme en général ; nature, analogies, signification nosologique, etc.* Thèse de Paris ; 1881.

que, dans les hallucinations sensorielles provoquées, les supercheries ne peuvent entrer pour rien. La simulation n'a aucune part non plus dans les phénomènes dont nous venons de parler ; la sincérité de la sensation et du délire est démontrée indirectement par l'expérience suivante : W... est dans le sommeil somnambulique provoqué ; nous lui inculquons l'idée qu'à son réveil son bras droit sera paralysé. Notre étonnement fut grand, quand, à son réveil, nous la trouvons non seulement avec une paralysie flasque du bras droit, mais dans l'impossibilité d'articuler un mot : l'intelligence était intacte ; elle comprenait parfaitement tout ce qu'on lui disait ; mais la pointe de la langue était fortement attirée à gauche, et se mouvait difficilement. Le sujet ne pouvait pas deviner que cette coïncidence, intéressante à plus d'un titre, fût possible. Cette association s'explique par le voisinage des centres moteurs du membre supérieur droit et des muscles qui concourent à la fonction du langage articulé dans l'écorce de l'hémisphère gauche du cerveau.

On pourra s'étonner que les sujets se réveillent ainsi avec une difformité grave ou dégoûtante, c'est à peine s'ils marquent du chagrin. S'il ne s'y joint pas une sensation fausse de douleur, il est rare qu'ils s'affligent ; il semble qu'ils sont parfaitement rassurés sur l'issue de l'accident. Mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'hystériques et que les hystériques supportent avec la plus grande indifférence toutes les misères qui surviennent spontanément et tout aussi brusquement du fait de leur maladie : on en voit, par exemple, rester contracturées de plusieurs membres pendant des mois, sans marquer d'impatience, sans se plaindre de leur sort, comme le feraient des malades atteints de la même infirmité produite par une lésion organique. C'est là une particularité bien connue du caractère des hystériques.

En outre des illusions et des hallucinations, il est encore possible dans l'état de somnambulisme provoqué de suggérer des *idées fixes*, des *impulsions irrésistibles* auxquelles l'hypnotique réveillée obéira avec une précision mathématique. Ainsi nous montrons à la somnambule, sur un plan uni, un point fictif que nous ne pourrons retrouver que par des mensurations multiples et nous lui commandons d'enfoncer un canif sur ce point après son réveil : elle exécute l'ordre sans hésitation, avec une exactitude absolue en rapport avec la netteté de l'hallucination visuelle. Un acte criminel serait exécuté avec la même ponctualité. Notons que cet acte peut, à la volonté de l'expérimentateur, n'être accompli que plusieurs heures, plusieurs jours peut-être après la suggestion ; les faits de cet ordre rapportés par M. Ch. Richet [1] ne sont point exceptionnels ; nous en avons observé un certain nombre.

[1] Ch. Richet. — *La personnalité et la mémoire dans le somnambulisme.* (*Revue philosophique*, 1883, p. 225.)

Il faut remarquer que pour obtenir soit les illusions et les hallucinations, soit les impulsions irrésistibles, il est nécessaire que le somnambulisé ait répondu à l'ordre de suggestion par un signe d'intelligence et de consentement; et, dans le dernier cas, l'acte est accompli avec d'autant plus de rapidité et d'énergie que la suggestion a été donnée avec plus d'autorité. Lorsque le commandement a été fait doucement, mollement, l'hypnotique se trouve, au réveil, dans un état d'esprit très intéressant à étudier. On la voit inquiète, obsédée par l'idée fixe d'accomplir un acte ridicule et dégoûtant, d'aller embrasser un crâne, par exemple; elle hésite longtemps, quelquefois même elle exprime son hésitation : « Je suis donc folle! j'ai envie d'aller embrasser ce crâne. C'est absurde, je voudrais ne pas y aller, mais je sens que je ne résisterai pas, etc. ». Le fait est qu'elle y va. C'est la reproduction expérimentale de l'altération de la volonté qu'on retrouve dans certains aliénés qui, eux aussi, « voudraient bien, mais ne peuvent pas vouloir [1] ». La réaction individuelle [2] du sujet est atténuée; c'est l'auteur de la suggestion qui veut et il ne peut pas ne pas obéir. L'hypnotique est absolument le *sujet* de l'expérimentateur; sa responsabilité morale est nulle.

Ces faits montrent que l'hypnotique peut devenir un instrument de crime d'une effrayante précision et d'autant plus terrible que, immédiatement après l'accomplissement de l'acte, tout est oublié; l'impulsion, le sommeil et celui qui l'a provoqué. Nous pourrions citer un certain nombre d'actes, au moins inconvenants, commis par des hystériques, et qui n'étaient autre chose que des miniatures de *crimes expérimentaux* accomplis par un sujet inconscient, dirigé par un coupable resté inconnu.

Il faut noter que certains individus peuvent avoir sur une hypnotique donnée une influence spécialement active, une *action élective*, une puissance suggestive plus marquée que d'autres. D'autre part, une hypnotique peut résister à une suggestion déterminée qui se trouve en opposition, par exemple, avec un sentiment profond : une de nos malades avait conçu une affection très vive pour un homme, elle avait eu beaucoup à en souffrir ; mais sa passion n'était pas éteinte. Si on évoquait la présence de cet homme, elle donnait immédiatement les signes d'une grande affliction; elle voulait fuir, mais il était impossible de lui faire consentir un acte quelconque qui aurait pu être nuisible à celui dont elle avait été la victime; elle obéissait à tout autre ordre d'une manière automatique. En somme, la réaction individuelle, la volonté, n'est pas complètement abolie ; l'hypnotique paraît conserver son *identité morale* pour les actes habituellement et énergiquement voulus ;

[1] Billod. — *Ann. méd. psych.*, 1847, et *Des Maladies mentales et nerveuses*, 1882, t. Ier, p. 144.

[2] Ribot. — *Maladies de la volonté*, 1883.

elle est complètement supprimée dans les autres circonstances.

Que l'on veuille bien considérer que l'état de *sujétion* de l'hypnotique, n'est point en contradiction avec ce que l'on observe à l'état normal ; il s'agit seulement d'une exagération des phénomènes, qui permet de mieux comprendre ce qui se passe chez les sujets, regardés comme sains d'esprit, et qui subissent d'une manière inconsciente l'influence d'une volonté étrangère se substituant à la leur, en les rendant pour ainsi dire insensibles à toute autre excitation extérieure. La résistance absolue de la somnambule dans une circonstance donnée met en évidence la *nécessité* d'être ce qu'on a l'habitude d'être. L'homme, dont la sensibilité est normale et est réputé en équilibre mental, réagit à chaque impression qu'il subit; mais la réaction n'est pas assez rapide pour qu'il ne tienne pas compte des impressions antécédentes. A l'état normal, le temps qui s'écoule entre l'excitation et le réflexe est assez long pour qu'on ait pu croire à un libre choix; dans certaines conditions pathologiques au contraire, chez l'hystérique, par exemple, qui jouit d'une véritable hyperexcitabilité psychique, les réflexes sont plus brusques, parce que les sensations sont plus intenses, l'excitation la plus faible est immédiatement suivie d'une réaction dont la rapidité exclut l'idée de raisonnement, et qui rend compte de la mobilité de ces sujets. Chez l'hypnotique somnambulisée, la réaction individuelle est supprimée, la volonté est annulée ou du moins atténuée dans la même proportion que la sensibilité. Pendant le sommeil somnambulique, l'expérimentateur exerce sur l'excitabilité du sujet une action inhibitoire qui se manifeste après le réveil, et d'où il résulte que la somnambule ne peut plus, pendant une période indéterminée, avoir de réactions propres et obéit passivement aux suggestions. En somme, dans tous ces faits, l'existence d'un libre arbitre et d'une responsabilité morale ne peut pas même être mise en question; il s'agit de modifications de la sensibilité qui commandent des modifications de réaction.

Lorsque des hystériques hypnotisables ont servi de sujet au même expérimentateur pendant plusieurs jours, elles finissent souvent par rester dans un état d'obsession permanente; elles sont *possédées*, pour ainsi dire, aussi bien le jour, pendant la veille, que la nuit dans leurs rêves. Cet état d'esprit s'accompagne d'hallucinations spontanées dont la forme varie, mais dont l'expérimentateur est toujours l'objet. Telle deviendra succube, telle autre sera tourmentée, embrassée, etc. Si plusieurs sujets se trouvent réunis dans les mêmes conditions et s'il y a des confidences échangées, il pourra en résulter une sorte d'épidémie de délire hystérique, dans lequel les hallucinations seront suivies d'impulsions, d'actes violents, etc., qui rendent compte des différentes péripéties du drame qui s'est terminé par la mort d'Urbain Grandier. Nous avons assisté à une

ébauche de persécution de ce genre qui a suffi à nous montrer que ces sortes d'expérimentations devaient être conduites avec la plus grande prudence.

Dans cette étude succincte, nous nous sommes surtout attaché à montrer : 1° que, dans divers états de l'hypnotisme, il est possible de provoquer des illusions, des hallucinations, des impulsions irrésistibles, etc., dans lesquelles la supercherie ne joue aucun rôle; 2° qu'en conséquence, on peut déterminer des délires expérimentaux d'un grand secours pour l'étude des délires spontanés ; 3° que la médecine mentale peut trouver dans l'hystérique hypnotisable un précieux sujet d'expérience.

Mais la possibilité de l'expérimentation en médecine mentale n'est pas le seul point intéressant qui soit mis en lumière par ces faits, dont l'importance, au point de vue médico-légal, ne peut échapper. Nous avons cru d'autant plus important de montrer que l'hypnotique peut devenir un instrument de crime que des faits récents prouvent que l'expérimentation sur ces sujets n'est pas seulement pratiquée par des médecins et dans un but de recherche scientifique.

M. Legrand du Saulle lit un rapport médico-légal sur un cas de vertige épileptique. (Sera publié *in extenso*.)

---

## CONGRÈS ANNUEL DE LA SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALIÉNISTES ALLEMANDS.

---

### SESSION D'EISENACH.

*Séance du 15 septembre 1882.*

La table présidentielle est occupée par MM. Lœhr, Nasse, Zinn; secrétaires : MM. Tuczek et Ullrich.

M. le président Nasse ouvre la séance par des paroles de bienvenue. Il explique qu'on a choisi ce lieu de réunion pour le faire concorder avec celui du congrès des naturalistes. Berlin, qui avait d'abord été désignée, dut être abandonnée après l'incendie de l'exposition d'hygiène de cette ville. Lettres d'excuses de MM. Westphal, Hergt, Schüle, Jung, Sioli. La Société a perdu pendant l'année MM. Runge, Siebert, Levinstein; ces collègues laissent d'unanimes

regrets : l'assemblée s'associe aux paroles du président et se lève en l'honneur de leur mémoire. Appel nominal tenant lieu de présentation mutuelle.

L'ordre du jour appelle le rapport du bureau sur la mise à exécution des conclusions votées par la Société dans sa dernière séance [1]. — En ce qui concerne les *asiles pour buveurs*, aucune proposition n'ayant été soumise au Reichstag dans le courant de l'année, le bureau s'est contenté d'envoyer au chancelier une longue lettre qui rappelle les décisions de la Société. M. Nasse fait ressortir en outre que, malgré le *statu quo*, la question prend de jour en jour plus d'importance dans l'opinion publique. En mars dernier, des médecins, des économistes, des ecclésiastiques, ont échangé, dans la province du Rhin, des pourparlers ayant pour but de fonder en Allemagne une société contre l'abus de l'alcool, à l'instar de celles de la France, de la Hollande et de la Belgique. Le 28 octobre prochain, à l'occasion du congrès ressortissant à la politique sociale et à la charité publique, doit se tenir à Francfort-sur-le-Mein une conférence sur ce sujet; des invitations doivent être lancées par toute l'Allemagne aux hommes de toutes professions que la question intéresse. Il faudra saisir ce moment pour passionner le grand public, car c'est le seul moyen de supprimer les obstacles qui, se dressant encore devant nous, font échec à la fondation des asiles pour buveurs et de faire reconnaître l'état d'esclavage psychique de ces malheureux.—Les *modifications à faire subir aux cartes de recensement* [2] *des asiles* ont également été soumises par le bureau au ministère des cultes, au ministère de l'intérieur, à la chancellerie. Le mémoire adressé en triple expédition propose le type adopté par la Société, conformément aux conclusions votées par elle.

Enfin, le président consulte la Société sur l'opportunité de s'adresser, comme le demande M. le professeur Fürstner, de nouveau au Conseil fédéral, afin de *faire entrer dans les examens probatoires la psychiâtrie*. Il rappelle que la première pétition est demeurée sans réponse. M. Fürstner insiste sur la nécessité de relever notre profession et d'éviter les scènes regrettables qui ont lieu à chaque instant publiquement, à propos des expertises médico-légales. Il veut des épreuves orales et la fréquentation d'une clinique, conformément aux décisions de la Commission compétente, consultative, réunie par le chancelier en 1878. La discussion à laquelle prennent part MM. Zinn et Mendel, montre le bien fondé des arguments précédents. En conséquence, la Société invite le bureau à adresser de nouveau au ministre de l'intérieur

[1] *Archives de Neurologie*, t. V, p. 389.
[2] *Archives de Neurologie*, t. V, p. 399.

une demande dans le même sens qu'en 1878, en arguant des nouveaux motifs. Adopté.

M. de Rinecker entre et prend place à la table présidentielle. Acclamations de joie de l'assemblée en l'honneur de son jubilé; il y a cinquante ans que l'éminent professeur est docteur. Le président communique à la Société, à la satisfaction générale, qu'une adresse lui a été envoyée au nom de la Société. M. de Rinecker remercie de ces attentions qui, affirme-t-il, constituent son plus beau cadeau.

M. Pelman. *Soins préventifs à l'égard des épileptiques.* — Il étudiera la question à la lumière du mémoire de Jolly, publié dans les *Archiv für Psychiatrie*, XIII, 2 [1], tout en y apportant les résultats de son expérience personnelle. L'épilepsie comprend aujourd'hui des états divers, quant à la violence, à la durée, à la fréquence, qui revêtent les caractères communs d'intermittence, de convulsibilité, de vertige. C'est une maladie chronique qui souvent dure toute la vie et dont la complète guérison est une exception. L'auteur passe ensuite à quelques données statistiques concernant l'Allemagne. Il existe en moyenne 1,5 épileptique pour 1,000 habitants; la Prusse comprend 40,000 épileptiques sur 20,000,000 d'habitants; l'empire allemand comprend 67,500 épileptiques sur 45,000,000 d'habitants. La maladie porte chez 70 p. 100 des sujets sur les âges au dessous de vingt et un ans, chez 12 p. 100 sur les trois premières années de la vie. Les épileptiques meurent généralement avant cinquante ans. Le sexe y est représenté à peu près en égale proportion. — Proportion des aliénés :

Duché de Bade, sur 4,385 aliénés, en 1868, 224 épileptiques.

Duché de Wurtemberg, 7 p. 100 des aliénés sont épileptiques.

Autres états allemands, 2,4 à 12,7 p. 100 des aliénés sont épileptiques.

Asile de Stefansfeld, 5 p. 100 des aliénés sont épileptiques.

Prusse, fin décembre 1876, sur 14,953 aliénés, 1,141 sont épileptiques.

Province du Rhin, 1881; 23,3 p. 100 des aliénés sont épileptiques. En somme 1/10 des épileptiques sont en même temps des aliénés. Conclusions générales :

1° C'est aux asiles qu'incombent les épileptiques aliénés, qu'ils soient atteints de perturbation mentale transitoire ou chronique. 2° Ceux qui, sans être aliénés, sont incapables de travail productif, et qui réclament un traitement hospitalier, doivent être répartis en des colonies organisées pour eux, colonies de grande étendue, établies à la campagne, où l'on puisse procurer aux malades des occupations fructueuses. 3° Les jeunes épileptiques appartiennent

[1] *Archives de Neurologie*, t. V, p. 369.

de droit à des installations particulières, dans le genre des asiles d'idiots et qui, dans certaines circonstances, pourront être annexés aux asiles d'idiots. 4° C'est la bienfaisance privée, fût-elle d'ordre religieux, qu'il convient de faire intervenir pour ces fondations, quitte à l'Etat à la soutenir s'il le faut. 5° Aux épileptiques qui n'ont pas besoin ou n'ont besoin que passagèrement de soins hospitaliers, on réservera le traitement policlinique et l'admission temporaire dans les hôpitaux ou hospices; des quartiers spéciaux devront être institués à cet effet.

A la suite d'une longue discussion très nourrie, à laquelle participent MM. Binswanger, Pelman, Fürstner, Mendel, Gudden, Zinn, Kessler, Rinecker, voici la motion générale adoptée à l'unanimité. « La Société, reconnaissant la nécessité de soins préventifs meilleurs et plus complets pour les épileptiques, invite le bureau, en s'adjoignant parmi ses collègues des collaborateurs compétents, à examiner à fond le sujet et à présenter un compte-rendu sur la question au prochain congrès ».

Le président propose ensuite de remettre au lendemain matin le mémoire sur le placement des criminels aliénés; les membres de la Société seront plus dispos pour prendre part à la longue discussion que ce rapport soulèvera probablement.

M. Schwaab. *Assistance des invalides psychopathes de la guerre de 1870-71.* — Sous ce titre, l'auteur attire l'attention de la Société sur le sort de ces malheureux, en réclamant son intervention. Trois catégories de vétérans aliénés ont, par suite de la nature même de leurs troubles intellectuels consécutifs au service de guerre, été exclus des bienfaits de la loi sur les pensions militaires. 1° Les uns étaient notoirement depuis longtemps atteints de l'affection mentale à l'époque du délai dernier de forclusion; par suite il y avait impossibilité pour eux à revendiquer, et, de plus, l'intelligence ou la bonne volonté de leurs proches leur faisait défaut. 2° Les autres à la même époque parfaitement aliénés refusaient de le reconnaître, et leur entourage les considérait non comme des fous, mais comme des individus moralement pervers. 3° D'autres enfin au même moment étaient depuis longtemps en puissance de la maladie, mais elle n'était pas développée. Tous ces invalides méritent qu'on s'occupe d'eux parce qu'ils sont incapables de travail, parce qu'ils ont besoin de soins, et qu'enfin ils sont, beaucoup d'entre eux notamment, privés de leur libre arbitre. Comme c'est la guerre qui est la cause de leur maladie, c'est à l'État qu'incombe le devoir de les assister.

Sur l'observation que les autorités que ce soin regarde n'ont jusqu'alors cessé de témoigner de leur bienveillance et de leur libéralité en pareille occurrence (Gudden, Loechner), que c'est affaire de réclamations relatives à chaque cas particulier et n

d'une déclaration générale de la Société, M. Schwaab retire sa motion.

M. Zinn présente, pour clore la séance, les comptes de la Société qui se résument en 228 marcs 82 de bénéfices en caisse. Vérification de MM. Fürstner et Brosuis. Pendant cette vérification, MM. de Rinecker et Zuin sont élus de nouveau comme membres du bureau.

*Séance du 16 septembre 1882.*

Il parvient au bureau pour être distribué un tirage à part du *Zeitsch. des Königl. preuss. Statist. Bureaus*, année 1882, intitulé : Les Infirmes dans la population prussienne au 1er décembre 1880, par le Dr Guttstadt.

Le président ouvre la séance en donnant la parole au rapporteur, M. Zinn, sur *le placement des personnes aliénées ou suspectes d'aliénation mentale, qui sont, pour cause de crime ou délit, inculpées, accusées ou condamnées*. C'est le résumé de l'ensemble des questions scientifiques, administratives, hospitalières et pénales qui se rattachent à ce sujet[1]. En voici les conclusions :

1° Dans les asiles d'aliénés, on ne peut ni ne doit prendre de dispositifs spéciaux, ordonner des installations particulières pour les personnes déjà reçues à l'établissement comme aliénées ou soupçonnées atteintes d'aliénation mentale, qu'elles soient préventivement séquestrées, que leur peine ait cours, ou que leur temps de pénalité ait pris fin; le médecin prendra à leur égard les mêmes mesures que celles sur lesquelles il peut compter à l'égard des malades dangereux, et rien de plus. Les principes, les précautions en usage pour le traitement, la surveillance et la sécurité des malades dangereux, leur sont seuls applicables. L'asile d'aliénés est impuissant en pareils cas à fournir contre les évasions, les suicides, les homicides et la sécurité publique les mêmes moyens de préservation que l'établissement pénitentiaire.

Il est du devoir des directeurs d'asiles de conserver à leur établissement son caractère hospitalier en toutes circonstances, et de décliner toute responsabilité à l'égard d'exigences plus étendues. 2° L'instruction et l'expérience psychiâtriques sont absolument indispensables aux médecins des établissements pénitentiaires. 3° Les psychoses aiguës, et celles que l'on suppose devoir évoluer promptement chez les prisonniers, seront traitées à la prison. Il faut dans ce but créer des installations spéciales là où elles manquent. 4° On doit s'efforcer d'ériger des établissements pénitentiaires et des prisons, pour les condamnés atteints d'affaiblisse-

[1] *Société psychiâtrique de Berlin*, 1882. (*Archives de Neurologie*, t. V, p. 400.

ment physique et psychique, semblables aux prisons d'invalides qui existent en Angleterre. C'est à ces prisons-là qu'il faut rattacher des quartiers d'aliénés qui satisfassent à toutes les exigences des soins à donner aux aliénés. On transfèrera dans ces quartiers tous les prisonniers en cours de peine devenus fous, à la condition qu'ils tombent sous le coup de la conclusion n° 3, qu'ils constituent des criminels proprement dits. Ils y seront laissés tant qu'ils seront dangereux pour la sécurité publique. 5° Les personnes qui en état d'aliénation mentale ont commis un délit ou un crime, seront traitées et soignées, tant qu'elles auront besoin de soins hospitaliers, dans un asile d'aliénés habituel. Il n'y a pas lieu d'enfermer de tels malades dans un asile pour criminels aliénés, ou dans un quartier pénitentiaire d'aliénés. 6° Les personnes dont on instruit l'affaire ou dont l'état mental paraît douteux à l'époque de l'acte délictueux, peuvent être soumises à l'observation sans balancer dans un asile d'aliénés, si elles ne sont pas des criminels antérieurement condamnés et très dangereux.

Le rapporteur fait remarquer en terminant que ces conclusions toutes provisoires n'ont été rédigées par lui que pour fournir des points de repère à la discussion. Elle a lieu en effet. A la suite des développements présentés par MM. Gutsch, Gudden, Hitzig, Fürstner, Ideler, Snell, Mendel, Binswanger, Nasse, l'assemblée se rattache unanimement à la motion de Zinn, dressée par lui sur les bases de ses conclusions. Cette motion, dont les termes contiennent la substance même des alinéas précédents, sera envoyée aux gouvernements des états confédérés allemands ainsi qu'au chancelier.

Après une pause d'un quart d'heure, on passe au débat touchant la communication de l'année dernière de Siemens sur les *considérations pratiques et légales au sujet de l'évasion des aliénés hors de l'asile*. On se rappelle, en effet, qu'à la fin de sa communication [1], il soumettait ces deux points à la discussion de ses collègues :

1° L'asile a-t-il le droit d'user de moyens de violences envers ses malades, en dehors du territoire de l'établissement? 2° A qui incombe en cas d'évasion les dépenses de la réintégration? Il est en tout cas évident pour lui que l'établissement, qui a accepté la charge d'un malade, doit empêcher une évasion et s'efforcer, quand elle s'est produite, de réintégrer l'aliéné.

M. Zinn. Dans le Brandebourg, il faut que les autorités locales interviennent, et les dépenses sont débattues civilement; s'il y a faute de l'asile, la commune refuse de payer : d'où un procès.

M. Gudden. En Bavière, les dépenses extraordinaires sont supportées par ceux qui doivent des aliments; on y fait rentrer celles

[1] *Archives de Neurologie*, t. V, p. 399.

qui nous occupent, bien qu'on ne soit pas rigoureux à leur propos. Pourquoi, en effet, l'asile a-t-il laissé le malade s'évader ? En dehors du domaine de l'établissement, je le fais suivre, m'adressant au besoin à la direction de la police, et, en tout cas, ne requérant l'autorité locale de la commune que quand il est dangereux.

M. Ripping traite la question au point de vue du droit. Comme mandataire des personnes ou de l'autorité qui a fait enfermer l'aliéné, on a le droit de le réintégrer. L'emploi de la force ou plutôt son mode, dépend de la forme de la résistance (passive ou active), déployée par le malade. Il faut toujours agir en bon père de famille. La mesure est impossible à déterminer; on veillera simplement du début à la fin de l'aventure à ne pas être taxé de négligence grossière, car c'est elle qui doit décider à la charge de qui les dépenses sont imputables.

M. Hitzig déconseille l'emploi de la force et porte la dépense au compte du coupable.

M. le Président. Du moment où un malade a quitté l'établissement en s'évadant nous ne sommes plus en droit de le réintégrer que par voie judiciaire, en faisant valoir les motifs qui militent en faveur de sa réintégration. Nous n'avons pas à en supporter les dépenses quand on ne peut démontrer notre culpabilité.

M. Tuczek. *Contribution à l'étude de l'hypochondrie.* — L'hypochondrie, considérée comme perturbation psychique, n'est pas une maladie autonome, c'est un symptôme partiel de mélancolie, ou de folie systématique. Elle se montre bien des fois dans les psychoses simples ou complexes sans que la nature hypochondriaque des idées délirantes serve au fond à déterminer le rang clinique de la psychose. Enfin, la mélancolie dite hypochondriaque ne se transforme pas en folie systématique, la folie systématique hypochondriaque n'aboutit pas à la démence.

M. Gnauck. *Valeur de l'hyoscyamine pour la pratique psychiâtrique* [1]. L'hyoscyamine amorphe contient surtout de l'hyoscine; or l'hyoscine est une préparation pure, qui, employée seule en injections cutanées à 0,0005 à 0,001 et 0,002 est hypnotique, mais très toxique même à ces faibles doses. L'hyoscyamine épurée, colorée, très peu soluble, excepté quand on ajoute beaucoup d'alcool, a des effets très peu constants, incertains et souvent toxiques à la dose moyenne de 0,04. Enfin l'hyoscyamine cristallisée, blanche, très pure à la dose sous-cutanée de 0,005 à 0,02 est celle qu'il convient d'employer, parce que, complètement pure, elle peut se formuler à des quantités tout à fait déterminées, elle hypnotise fortement et sûrement, produit très peu d'effets toxiques marqués et se prête très bien, vu sa solubilité, à l'injection hypo-

[1] *Archives de Neurologie*, t. IV, p. 137, 235.

dermique. Son action la plus importante est celle qu'elle produit comme hypnotique et cela sans qu'on obtienne d'effets toxiques. Elle agit plus rapidement et plus activement chez les aliénés, que chez les gens bien portants ; dix minutes après l'administration, le pouls de 76 monte à 120, 130, puis baisse parallèlement et c'est alors que se montre le narcotisme. Que ce dernier soit complet ou qu'il se borne à une simple lassitude, le patient est calmé, quoique non analgésié. Le sommeil est long, dure toute une nuit. La meilleure formule d'injection est : eau distillée 20 gr., eau de laurier cerise 10 gr., hyoscyamine 30 centig. ; 1 centig. d'hyoscyamine = 2 gr. de chloral = 3 centig. de morphine = 3 gr. de K. Br. M. Gnauck a vu en des cas rebelles 3 centig. agir plus vivement que 12 centig. de morphine. Chez les agités, il faut sur le champ injecter 1 centig. ; chez les tranquilles, on part crescendo de 5 millig. On peut atteindre 2 et même 3 centig. Prodromes de l'intoxication : augmentation du délire, hallucinations spéciales (gros animaux), dilatation pupillaire maxima. Quand on n'observe pas du tout de dilatation pupillaire, c'est que le médicament restera impuissant. L'effet calmant subit exige une seule dose convenable ; l'effet graduel émanera de petites doses répétées. Lorsque de petites doses demeurent inertes, mieux vaut augmenter d'un bond que de multiplier les doses; ce procédé est parfaitement compatible avec un traitement continué trois à quatre semaines. Cette prolongation est obligatoire pour les formes chroniques, entrecoupées d'accès d'agitation. Les accidents consécutifs sont entre autres le collapsus qui, très rare d'ailleurs, ne met jamais la vie en danger ; il est toujours facile de les éviter en se guidant sur la soif, la sécheresse buccale, la lourdeur de tête, l'abattement, la diplopie, en quelques cas l'aggravation de l'agitation (idiosyncrasie), tous phénomènes au surplus passagers et sans suite ; la morphine en est au reste un antidote excellent. La rougeur de la face, la sensation de brûlures et de piqûres par tout le corps avec éruption érythémateuse seront aussi prises en considération. La déchéance pondérale que détermine un long usage, n'atteignit jamais plus de 1,000 à 1,500 gr.; il ne faut toujours pas la confondre, non plus que l'inappétence qui l'accompagne, avec le mauvais état de la nutrition qui provient du délire morbide. En résumé, c'est un excellent médicament, et le seul obstacle que l'on rencontre à son emploi journalier, c'est son prix élevé. La daturine, dite légère, en serait le succédané ; mais son action moins constante est un peu plus faible ; 1 centig. de daturine correspond environ à 0,008 d'hyoscyamine. L'auteur se loue, en terminant, des alcaloïdes de Merck (de Darmstadt).

M. Lœhr. *Que faut-il faire des individus préventivement arrêtés chez lesquels on a diagnostiqué la psychose ?* Généralement l'autorité judiciaire assigne aux prisonniers de ce genre, *dangereux pour la sécurité publique*, un asile d'aliénés, par l'intermédiaire de l'adminis-

tration, et ordonne leur mise en tutelle. Or, dans le cours de l'année dernière les choses se sont passées autrement en trois cas particuliers à Berlin. Trois individus de ce genre ont purement et simplement été mis en liberté. Le premier était un escroc. Dans le second fait, il s'agit d'une bonne d'enfants, ayant empoisonné l'enfant confié à ses soins avec de l'acide sulfurique. Enfin, la troisième observation concerne un jeune homme de 17 ans, atteint d'épilepsie avec hallucinations, accès d'angoisse et impulsions, qui deux fois admis à l'asile et congédié sur les instances et réclamations de sa mère, était arrêté pour meurtre commis sur la personne de celle-ci. Déclaré irresponsable, il était tout bonnement congédié. L'ayant de nouveau arrêté pour vagabondage, la police demandait naïvement s'il fallait le séquestrer à l'asile, ou le laisser en liberté.

Eh bien! ceci prouve pour M. Lœhr qu'il y a des lacunes dans la loi. Il en appelle à la motion du Reichstag, qui, consulté sur les paragraphes 51 et 58 du code pénal, émettait le vœu que le chancelier s'occupât de présenter un projet qui règlementât les errements à suivre pour empêcher les personnes dangereuses et irresponsables de nuire à nouveau Aucune suite n'ayant été donnée à ce vœu, il faudrait venir à la rescousse pour accélérer le résultat final, en insistant sur la nécessité de consulter le médecin expert sur la conduite à tenir, après le rapport, à l'égard du malade. C'est affaire à la Société.

Discussion : M. v. Gudden. La police est armée; elle a le droit et le devoir d'ordonner, en pareille circonstance, sur la remarque indispensable alors du médecin du danger que le malade fait courir à la sécurité publique, la séquestration de l'aliéné et par suite de le rendre inoffensif.

Telle est également l'opinion de M. Zinn : Les lois existantes suffisent parfaitement. La police seule est coupable de négligence; M. Lœchner partage complètement cette manière de voir. En conséquence, M. Lœhr retire sa proposition.

M. le président clôt la séance qui termine le congrès de cette année et souhaite que les membres de la société puissent se réunir en d'aussi bonnes conditions l'année prochaine. MM. Benno, Eckelmann, Grunewald, Hans Lœhr, Matthaes, Poensgen, Sioli sont nommés membres titulaires. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XXXIX, 5.)

P. Kéraval.

## SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET PSYCHOLOGIE LÉGALE DE VIENNE

*Séance du 30 novembre 1881*

M. Meynert, président, souhaite la bienvenue aux membres de la société réunis pour reprendre le cours des séances. Il croit devoir cesser la lecture de son mémoire sur les *sensations* [1] parce qu'il a déjà traité complètement le sujet ailleurs (réunion des naturalistes de cette année); il se trouvera d'ailleurs en mesure d'en remettre des extraits à ses collègues. Enfin, les leçons de choses étant supérieures aux meilleures descriptions, il présente à la société un malade de sa clinique atteint du délire des buveurs.

M. Hollœnder après des considérations générales sur l'hystérie présente deux cas-types de cette affection. Il insiste sur l'importance de la théorie de Meynert : faiblesse irritable qui se traduit par l'exagération de l'action des centres sous-corticaux, comparée à celle du cerveau. Le diagnostic différentiel d'avec l'épilepsie repose sur l'existence des symptômes intervallaires. Le premier fait concerne de l'aphasie, des troubles de la vue, de l'anesthésie de la muqueuse pharyngienne, de l'hyperesthésie cervicale, de la sensibilité à la pression au lieu de passage des portions thoraciques et lombaires de la moelle. Le second fait a trait à de l'analgésie avec hémiparésie gauche. Chez les deux malades, M. Hollœnder provoque des phénomènes d'hypnotisme et de transfert.

M. Holler, trésorier-économe de la société, reçoit les remerciments de l'assemblée pour les peines qu'il se donne; ses comptes ont été apurés par les censeurs MM. Pohl et Schwab.

*Séance du 21 décembre 1881.*

M. Meynert présente un malade de sa clinique et montre qu'il agrémente une prétendue perception tout à fait fugace de détails d'une netteté particulière. Il décrit une place rasée dans la forêt, place tout à fait circonscrite au milieu de laquelle se serait dressée une fleur volumineuse. La raison pour laquelle une hallucination, tout à fait fugitive, devient le point de départ d'idées délirantes qui se poursuivent en de multiples directions conceptuelles, ce

[1] V. aux Revues analytiques.

motif pourrait résider dans la durée, la répétition ou l'impression de netteté spéciale de cette hallucination. Voici les explications pathogénétiques de l'auteur. Un épileptique tombe par suite du spasme des vaisseaux artériels de tout un hémisphère; mais on peut supposer que le spasme vasculaire se puisse limiter à un département des hémisphères. Que ce spasme partiel aille jusqu'à l'obturation et l'on aura, parallèlement, comme dans l'oblitération embolique, une hyperémie artérielle, collatérale, qui engendrera une irritation. Un rétrécissement prononcé d'un vaisseau artériel provoquera une diminution de pression dans les rameaux collatéraux. La production de ces phénomènes dans les hémisphères n'engendre pas l'hallucination, mais l'hyperémie en question peut faire illusion à l'individu au moment où l'hallucination s'effectue, où elle parvient à la connaissance. La sensation subjective revêt de telles couleurs, sous l'influence de l'afflux sanguin, que le sensorium en conserve l'empreinte. Ces hyperémies collatérales excitent de même les centres sensoriels sous-corticaux; c'est sous leur action que naissent les hallucinations.

*Séance du 8 février 1882.*

Le président communique à la Société la lettre de retrait de M. Nusser *Obersanitätsrath.*

M. Hollænder lit son travail sur la *Moral Insanity* [1]. Il en conclut que cette affection n'est pas autonome, qu'elle n'est qu'un syndrome greffé sur d'autres formes morbides.

La discussion s'engage. — M. Gauster considère ce complexus symptomatique comme le signe de la faiblesse intellectuelle : les motifs égoïstes qui poussent les malades à des actes pervers ne peuvent être domptés par leur jugement défectueux ; c'est donc bien une affection symptomatique d'autres maladies. — M. Hollœnder fait remarquer que si, dans tous les cas, la faiblesse psychique est évidente, la cause des actes pervers est non dans cette faiblesse, mais dans le délire des grandeurs et les idées de persécution. — M. Meynert dit que les mêmes éléments nosographiques se retrouvent dans la manie, la folie circulaire, la folie systématique, les affaiblissements psychiques qui suivent les maladies graves.

*Séance du 29 mars 1882.*

Sur la proposition de M. Pohl, la Société décide de multiplier ses séances. Elles auront désormais lieu le deuxième jeudi du mois.

[1] Nous l'analyserons aux Revues analytiques.

M. Pohl propose de consacrer désormais une revue critique aux travaux imprimés, tant dans les séances que dans l'organe de la Société. Adhésion unanime.

M. le Président porte à la connaissance de la Société, la mort de M. Emmanuel Mildner, directeur de l'asile de Klosterneuburg et du professeur Duchek. Il exalte, comme de juste, leurs mérites dans la spécialité. L'assistance se lève en leur mémoire. Le président communique ensuite le motif du retrait de M. Ruben.

M. Meynert présente deux malades de sa clinique : un cas intéressant d'aphasie; un cas de démence.

*Séance générale du 4 mai 1882.*

M. Pohl communique son travail sur *la folie impulsive* [1]. La continuation en est remise à la séance prochaine.

Présentation des comptes pour l'année 1881-82, par M. Holler. Restant en caisse 215 florins, 46 kreuzers. Compte-rendu annuel des travaux de la Société, par M. Fritsch. Nous en omettons à dessein la liste. Qu'ils aient été lus en séance ou publiés dans les annales de la Société, nous les analyserons à leur tour dans les *Archives de Neurologie*.

Bureau pour l'année 1882-83 : *Président*, M. Meynert; *vice-président*, M. Hofmann; *trésorier-économe*, M. Holler; *secrétaires*, MM. Hollender et von Pfungen; *conseil d'administration*, MM. Wimmer, Pohl, Fritsch, Pfleger.

La continuation du mémoire de M. Pohl est remise à la séance suivante.

*Séance du 29 novembre 1882.*

M. Meynert, président, adresse des paroles de bienvenue aux membres de la Société, rassemblés pour reprendre le cours de leurs travaux.

La Société reçoit comme nouveaux collaborateurs : MM. Nothnagel, Kundrat, Leidesdorf, Svetlin.

Le président annonce le retrait de M. Fieber.

M. le professeur Meynert. De nouvelles manières de voir ont refusé au *noyau lenticulaire* toute importance immédiate pour l'innervation hémilatérale de la motilité; ces fonctions ont été attribuées exclusivement à la portion correspondante de la capsule interne. L'auteur fait remarquer que tel est le nombre des trous-

[1] Voir aux Revues analytiques.

seaux de fibres, qui issus du noyau lenticulaire, vont se confondre avec la capsule interne et avec le pied du pédoncule cérébral, qu'il est tout à fait impossible d'empêcher qu'une lésion de la capsule interne ne détruise à jamais des éléments du noyau lenticulaire. Le noyau lenticulaire commande par là aux mouvements du membre supérieur. Il est aussi en relation avec le système de projection de l'écorce; toute sa surface externe se relie à l'écorce par des irradiations très nettes, issues de la capsule externe (préparations de Wernicke); c'est ce qui explique ces faits de paralysie hémilatérale, accompagnée d'aphasie par destruction ou inflammation de l'écorce de l'insula.

*Séance du 12 décembre 1882.*

*Discussion sur la folie impulsive.* — Pour éviter que l'on ne se perde en des discussions théoriques, on se guidera sur l'histoire d'un cas concret, dont M. Fritsch trace avec le soin le plus minutieux le tableau clinique.

M. Meynert, après avoir discuté les mobiles et les raisons des actes du sujet en question, demande à M. Pohl si, pour lui, la folie impulsive est une maladie *autonome*, ou si elle ne constitue que l'élément morbide de plusieurs entités psychopathiques.

M. Pohl pense que les manifestations dont il a traité ne sont que des éléments morbides, mais qu'il était bon d'appeler l'attention sur eux par une monographie, vu leur importance médico-légale.

*Séance du 30 janvier 1883.*

M. Meynert communique un cas d'encéphalite avec aphasie amnésique et ataxique mélangées. Ces phénomènes servent de transition naturelle aux troubles de la parole des paralytiques généraux, qui ont pour substratum anatomique l'interruption de la conductilité dans les fibres d'association détruites et la mise hors de fonction des cellules corticales. Comme ces altérations sont grossières dans l'encéphalite et plus légères dans la paralysie générale, les troubles sont plus caractérisés dans la première que dans la seconde.

M. Meynert prend la parole sur un cas d'aphasie qui s'était montré quatre semaines environ avant la mort. L'autopsie révéla une encéphalite de la corne d'Ammon du côté gauche. L'atrophie de la corne d'Ammon dans l'épilepsie laisse à entendre qu'il existe un rapport spécial entre la corne d'Ammon et le système vasculaire. L'hystérie, ce type de perturbation vasculaire, est le

théâtre d'aphasies passagères, qui ne sauraient s'expliquer que par une anémie des centres de la parole, aussi prompte à se montrer qu'à s'évanouir. Dans le cas qui nous occupe, l'encéphalite de la corne d'Ammon pourrait être invoquée comme facteur, vu la persistance de l'aphasie, mais à la condition d'admettre que ce foyer en permanence déterminerait une anémie continue des centres du langage.

*Séance du 1er février 1883.*

MM. Pollak et Veronese sont nommés membres de la Société.

M. von Pfungen traite à la lumière d'une série d'observations personnelles les phénomènes de paralysie des muscles de l'œil qui se montrent dans la méningite. Il envisage, en particulier, les paralysies qui ne sauraient s'expliquer par l'interruption de la conductilité des fibres nerveuses à la base, celles qu'il faut rattacher à la lésion d'un organe coordinateur. La physiologie expérimentale rapprochée de l'anatomie pathologique, permet de localiser cet endroit dans la région du cerveau moyen; il faut expliquer ces paralysies par l'infiltration méningitique des membranes qui recouvrent les tubercules quadrijumeaux. Ce mémoire sera publié en détail. (*Jahrbücher f. Psychiatrie*, IV; 1, 2, 3.)

P. Kéraval.

---

## SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE LA PROVINCE DU RHIN

---

*Séance du 18 juin 1881* [1].

MM. Hecker, Burkardt et Siebert sont nommés membres titulaires.

1° M. Schulz communique à la Société un *rapport médico-légal* concernant un *épileptique accusé d'incendie*. Il s'agissait d'un homme de trente-quatre ans ayant été atteint d'épilepsie à la suite d'un traumatisme céphalique. Accès réguliers. La nuit, pertes de connaissance assez semblables au somnambulisme durant une heure et plus : amnésie complète. Aucune anomalie psychique dans l'intervalle. On l'accusait d'avoir, la nuit, mis le feu à un hangar éloigné de la

[1] *Archives de Neurologie*, t. III, p. 108.

maison voisine. Pris sur le fait, il s'était enfui. Le lendemain, il racontait à ses camarades qu'il était l'auteur du crime, tandis que, dans les interrogatoires répétés qu'il subit, il prétendait s'être couché comme d'habitude et s'être levé à l'heure ordinaire le lendemain. M. Schulz conclut à l'irresponsabilité. L'observation à l'asile confirma le diagnostic : accès convulsifs réguliers avec états d'obnubilation passagère, mais durant un certain temps sous forme de somnambulisme. M. Schulz insiste à ce propos sur la différence entre la perte de connaissance envisagée au point de vue psychologique et médico-légal. Pendant la perte de connaissance, psychologiquement parlant, les actes n'émanent pas de conceptions enchaînées; ils n'ont pas de but déterminé. L'état d'hypnotisme et l'obnubilation de la connaissance de l'épileptique diffèrent également. L'hypnotisé ne fait rien de lui-même; il n'est que l'automate de la volonté de l'hypnotiseur : les phénomènes de l'hypnose émanent d'excitations qui vont agir sur les centres du patient, centres qui réfléchissent les mouvements. Dans les états d'obnubilation psychique, l'activité autonome de la conscience n'est pas supprimée ; il existe toujours une certaine activité conceptuelle qui fournit l'acte, aussi l'absence de souvenir n'est-elle pas un symptôme constant et l'amnésie n'est-elle pas pathognomonique du trouble de la connaissance de l'épileptique. Inversement la persistance de la mémoire ne saurait être d'emblée considérée comme une preuve médico-légale à l'appui de la conscience de l'individu incriminé.

Nasse, qui eut le malade en observation à l'asile, constata les accès d'épilepsie, les accidents nocturnes, une grande irritabilité du caractère et des impulsions, même en dehors des accès. Il existait comme aura une odeur subjective de musc. L'historique de l'acte et la diversité dans les allégations du coupable lui font penser que l'individu a commis cette action dans un état de profonde somniation somnambulique.

2° M. Oebecke lit son mémoire sur les *Onctions (révulsives) du crâne dans la paralysie générale progressive*. Il sera publié *in extenso*[1]. — La discussion que ce travail suscite met en lumière l'opinion de Nasse et de Ripping, qui dénient à la méthode toute espèce d'utilité.

3° M. Hertz. *Rapport médico-légal* sur un cas *d'affaiblissement intellectuel aphasique*. Ce rapport concerne un vieillard de 76 ans, resté aphasique depuis 1861, à la suite d'un traumatisme céphalique. Aphasie complète; le malade ne s'exprime plus et ne comprend plus ce qu'on lui dit. Comme on ne s'est pas occupé de refaire l'éducation de la fonction, elle s'est éteinte et a disparu presque complètement. On eut grande peine à lui faire comprendre

[1] Revues analytiques.

qu'il devait faire un héritage à Jülich, endroit qu'il connaissait déjà avant 1861. Il ne saisit pas ce qu'on lui lit, ne comprend ni l'écriture, ni les caractères imprimés, ne peut compter jusqu'à dix. Les nouvelles monnaies lui sont absolument étrangères; il en de même des jeux. Son vocabulaire courant est extrêmement restreint... Conclusion. « A la suite de cette blessure, B... est devenu à un haut degré muet et sourd pour la parole : il l'est resté. En même temps, il a été atteint dans la faculté de lire et d'écrire. Il n'a donc pas été à même d'acquérir des moyens adjuvants complémentaires pour se faire comprendre. Nous savons que la parole et la pensée sont des facultés connexes, que la défectuosité verbale est proportionnelle à la défectuosité intellectuelle; sans la parole ou ses succédanés, nous ne saisissons ni ce qui a rapport à notre personnalité ni ce qui concerne celle des autres. Toute réduction dans la parole limite le champ de nos acquisitions et celui de la compréhension des notions de nos semblables... B... n'est pas un dément absolu, mais il est descendu à l'état d'insuffisance intellectuelle de l'enfant. Sa pensée est aussi misérable que sa parole... »

*Séance du 12 novembre 1881.*

Les nouveaux membres admis sont MM. Roller, Schreiber, Rumpf, Gergens.

A la suite de quelques résolutions concernant certaines modifications à apporter aux statuts de la Société, on passe aux communications suivantes :

1° Ripping. *Rapports des maladies de femmes avec les troubles psychiques de ces dernières.* Publié *in extenso* [1].

2° Schuchardt. *Modifications pondérales qui suivent les accès d'épilepsie.* Publié *in extenso* [2];

3° Eickholdt. *Pathogénie des attaques de paralysie dans les maladies mentales.* Sera publié [3].

*Séance du 17 juin 1882.*

M. le Président informe l'assemblée de la mort de M. Runge (de Nassau). La Société perd en lui un collaborateur actif et ardent. L'assistance se lève en sa mémoire.

[1] *Archives de Neurologie.* Revues analytiques, t. V, p. 371.

[2] *Id., id.*, t. V, p. 370.

[3] Nous l'analyserons alors.

1° M. Hertz. *Sur la Constatation de la cause anatomique du délire aigu idiopathique.* Cette cause réside dans la forme et le volume des deux trous déchirés postérieurs par lesquels la plus grande partie du sang veineux revient du crâne dans la veine jugulaire interne. Celui de droite est d'ordinaire le plus grand (71 fois sur 100 d'après Rüdinger); il reçoit le sang qui, de la surface du cerveau, se jette dans le sinus longitudinal supérieur et de là dans le sinus transverse droit. Le trou de gauche reçoit le sang qui revient de la profondeur du cerveau et du cervelet et se jette dans le sinus droit pour gagner le sinus transverse gauche. Rüdinger est le seul qui considère les différences de diamètre de ces canaux comme normales ; d'ailleurs, il ajoute qu'il ne les a jamais trouvés tous deux étroits absolument et respectivement parlant. M. Hertz les a rencontrés dans la maladie en question tous deux rétrécis et dans des conditions telles que la circulation compensatrice ne se pouvait effectuer au moyen des veines émissaires qui passent par les trous du même nom. De là évidemment un rétrécissement du calibre interne des veines jugulaires entraînant la stase, avec toutes ses conséquences, au point de vue des fonctions du cerveau. L'auteur a actuellement observé onze cas de délire aigu idiopathique. Le dernier concernait une femme de trente-neuf ans qui, à droite, ne présentait pas de sinus transverse; les dépressions osseuses correspondantes manquaient également. La partie postérieure du trou déchiré postérieur ne contenait que les nerfs ; la portion antérieure renfermait un sinus pétreux fort volumineux, aboutissant dans la veine jugulaire. Absence des veines habituelles ordinaires. A gauche, le trou déchiré postérieur mesurait pour plus grand diamètre 12 millimètres et 8 millimètres dans son plus petit, soit à peu près 1 millimètre de moins que normalement.

L'étude nosographique faite par M. Hertz à la lumière de ses observations, se résume ainsi : La maladie comprend deux formes dont l'évolution est indifféremment très prompte. Une forme maniaque; une forme mélancolique. Le stade prodromique est surtout long dans cette dernière. Il se manifeste, surtout dans la forme maniaque, par de l'expansivité verbale et épistolaire. Six cas de récidive sous la même forme; quatre pour la manie, deux pour la mélancolie. Les causes sont la prédisposition, les malformations crâniennes. Le sexe concernait dans l'espèce, quatre hommes et sept femmes. L'âge variait de vingt à soixante-neuf ans. Le diagnostic n'est jamais facile quand on a affaire à une première atteinte; on ne sait si l'on est en présence d'une mélancolie anxieuse avec agitation, d'une manie avec fureur au début, ou, chez les individus d'un certain âge, à une paralysie progressive avec agitation prodromique, ou enfin à une méningite. L'époque des règles favorise l'explosion de la maladie.

La fièvre ne saurait servir de guide, car, même à la période d'acmé, on constate de grandes oscillations thermiques. Signes favorables pour les deux formes : pouls constamment très rapide, désordre extrême dans les idées, loquacité saugrenue, prévention anxieuse, terreur, agitation motrice sans but, déchéance rapide consécutive à l'agitation, hallucinations sensorielles terrifiantes. Signes particuliers à la forme maniaque : impétuosité enragée sans tendances aggressives, mais dangereuse pour la sécurité du malade, exagération des réflexes, insomnie, refus de nourriture, dysphagie, constipation, anurie, refroidissement des extrémités, enrouement, regard terne, coloration terreuse de la face. Quand l'agitation motrice cède, le patient reprend ses sens, éprouve une sensation forcée de bien être, devient gai et content. Pas de convulsions, du moins dans huit cas. Durée entre douze et dix-sept jours; mort dans huit observations dont deux de mélancolie. La mort résulte de préférence de paralysie du cœur. Quand il se montre des complications d'hypostase pulmonaire, l'hyperthermie est considérable. La transformation chimique du sang stagnant accélère la mort par la moelle allongée. L'autopsie décèle un type d'injection vasculaire des veines et des artères, sans œdème ni hydrocéphalie, dans le cerveau moyen, le cervelet, la portion supérieure de la moelle. Intégrité des artères. Coloration bleue, grise, brune, des centres en question. Sang noir, dépourvu de consistance. Stases lymphatiques (vaisseaux et espaces) visibles à l'œil nu.

Tous ces détails autorisent à substituer à la dénomination précédente celle d'*hyperémie stasique vraie de l'encéphale par cause mécanique.*

Traitement. Bains chauds avec fortes révulsions cutanées suivis d'enveloppement dans des couvertures de laine pour obtenir des sueurs profuses et prolongées. Convalescence de durée variable.

2° Jehn. *De la valeur thérapeutique des enveloppements (draps) humides dans le traitement des psychoses.* Ce travail sera publié *in extenso* séparément [1].

La discussion qui s'engage sur ce sujet met en relief l'opinion contradictoire de Ripping pour qui ce mode hydrothérapique ne s'applique qu'aux mélancoliques stupides à la condition qu'il soit continué longtemps, durant plusieurs mois. Il n'est indiqué que lorsque la nutrition, la circulation cutanée et la chaleur du corps sont considérablement diminuées. Il n'a pas de valeur quand on a affaire à de l'agitation motrice, qu'il s'agisse de la manie ou de la mélancolie.

3° Von Voigt. *Sur le délire d'épuisement.*

L'auteur appelle de ce nom un processus pathologique qui se développe à la suite d'un violent épuisement psychique ou soma-

[1] Nous l'analyserons alors.

tique, a une évolution courte, est polymorphe et changeant dans ses symptômes. Il fait généralement explosion, après une violente émotion, brusquement; mais, quelque temps auparavant, le surmenage somatique et psychique s'était invariablement manifesté par toute sorte de malaises nerveux et des hallucinations isolées. Il débute la plupart du temps par un accès d'angoisse d'intensité variée, auquel succède une agitation rapidement croissante qui, en peu de jours, atteint son acmé, et demeure telle quelle, à part quelques oscillations vespérales, pendant plusieurs jours et semaines, pour tomber soudain. Souvent l'anxiété et la manie se relaient; c'est là le cachet caractéristique de la psychose : selon que l'angoisse ou la turbulence prédomine, on observe des conceptions et hallucinations tristes ou gaies. En même temps, tremblement généralisé, tremblement fibrillaire de la face, titubation, troubles légers de la parole, violentes palpitations de cœur avec irrégularité du pouls, alternative de congestion et de pâleur. Aussi, le pronostic paraît-il défavorable. Mais il n'en est rien, la guérison survenant en moyenne au bout de deux à trois semaines. L'amnésie totale au début de la convalescence fait place à une connaissance parfaite quand la guérison est devenue complète ; alors aussi les idées délirantes perdent de leur corps et se rectifient spontanément. Autre forme : explosion non plus aussi soudaine ; prédominance des hallucinations au début; période d'acmé, comme plus haut. Ces entités se développent presque sans exception sur un terrain prédisposé par l'hérédité ou autrement. Il s'agit d'individus irritables, pleurards, dénués d'énergie, d'enfants en un mot. Quelquefois elles se greffent sur une psychose primitive dont elles constituent parfois le stade initial imprimant alors à la maladie un caractère dégénératif. Pronostic favorable, excepté quand il y a insuffisance intellectuelle congénitale : dans ce cas, la terminaison est la démence avec agitations périodiques. Rarement les malades viennent à l'asile à cause de la brièveté de l'évolution : douze cas sur 2,250 admissions. L'absence d'hyperthermie, le peu de gravité des phénomènes d'excitation et de paralysie psycho-somatiques différencient le délire en question du délire aigu. Il est plus intense et de moins courte durée que le délire alcoolique.

*Discussion* : Nasse. De semblables états se voient aussi passagèrement en d'autres modalités psychopathiques. Ils ne constituent donc point une entité particulière. D'ailleurs, jusqu'ici on a désigné sous le nom de délire d'épuisement et d'inanition des troubles psychiques à caractère dépressif qui succèdent à des maladies somatiques fébriles aiguës graves. (*Allg. Zeitsschr. f. Psych.* XXXIX, 6.)

P. Kéraval.

---

## SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE LA SILÉSIE

### SÉANCE DE BRESLAU.

*26 novembre 1882.*

M. le professeur Neumann lit un rapport sur les récents travaux de membres de la Société. Il s'agit en premier lieu du *compte rendu annuel de l'asile d'aliénés de Brieg*, publié par les soins du directeur, le Dr Alter; cet établissement serait surtout remarquable par le bon marché de la pension; quant à l'hérédité, peut-être en va-t-on chercher trop loin les stigmates. — Le professeur Berger a publié dans le *Centralblatt de Neurologie* (n° 22, 1882) un cas de *paralysie générale chez la femme;* pour lui, cette maladie est éminemment plus rare dans ce sexe et elle n'y revêt que par exception la forme classique quant à la modalité, à la durée, à l'évolution observées. Les femmes atteintes se livraient dans bien des cas à des occupations qui appartiennent à l'homme.

M. Leppmann communique un cas de *morphinisme* concernant un homme de trente ans; il s'agissait d'une récidive. On le guérit en diminuant très rapidement les doses des injections journalières et enfin en leur substituant du chloral; il éprouva des phénomènes réactionnels violents, mais sans gravité. L'auteur recommande cette méthode pour les cas qui ne sont pas compliqués d'une autre affection somatique et qu'on peut surveiller à l'établissement. Les autres exigent qu'on procède au sevrage graduel; on substituera notamment à la morphine d'autres narcotiques. Le mélange de codéine (0,02 à 0,05 centigr.) et de monobromure de camphre (0,50 centigr.) conviendrait parfaitement.

La discussion que ce fait soulève met en lumière la nécessité de dénoncer à l'autorité les pharmaciens qui délivrent avec autant de facilité des substances toxiques.

M. Berger, ayant obtenu de bons résultats du *bromure d'éthyle* dans six cas d'exaltation psychique, signale ce médicament déjà mis en relief par M. Bourneville. Il en fait inhaler chaque jour aux malades cinq à dix grammes; la narcose qui suit n'est que de courte durée; mais elle laisse après elle un calme très prononcé et persistant.

Les membres présents promettent d'apporter à la prochaine séance les résultats de leurs expériences.

Les discussions ont été alimentées par MM. Neumann, Berger, Kohn, Leppmann, Bruntzel, Eicke, Alter, Kahlbaum, Kleudgen. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XXXIX, 6.) P. Kéraval.

# BIBLIOGRAPHIE

I. Hystero-Neuroses (*The pathology, diagnosis and Treatment of the diseases of women*); par Graily Hewitt. 4e éd., London, 1882.

Sous le nom d'hystéro-neuroses, proposé par Engelmann (*Amer. gyn. trans.*, 1878, t. II), M. Graily Hewitt étudie, dans quatre chapitres de son traité, les troubles nerveux qui peuvent être attribués à une lésion de l'utérus : ce sont les nausées et les vomissements, les attaques hystériques ou les phénomènes sensitifs de l'hystérie, l'hystéro-épilepsie, certains troubles mentaux, certaines céphalalgies : 1° Les nausées et les vomissements se rencontrent très fréquemment dans les maladies de l'utérus; ces troubles sont souvent liés surtout aux flexions utérines. L'auteur rapporte plusieurs faits dans lesquels les phénomènes gastriques avaient disparu par le traitement de l'affection utérine. M. Hewitt admet la division par Engelmann des hystéro-neuroses stomacales en trois catégories : *a*) constantes, *b*) menstruelles, *c*) gravidiques. Parmi les causes des premières, Engelmann cite un cas de rétroversion, un cas d'occlusion valvulaire de l'orifice interne par un fibrome, une induration du col avec sténose du canal; 2° L'auteur rapporte seize cas dans lesquels des manifestations hystériques étaient liées à des déviations utérines et ont disparu pour la plupart, sous l'influence du traitement ; 3° Dans neuf observations, des déviations utérines, soit seules soit associées à des troubles menstruels, étaient en connexion avec des troubles mentaux, le plus souvent la mélancolie, qui ont quelquefois cédé au traitement. 4° La céphalalgie peut être mise en rapport soit avec une déviation, soit avec des corps fibreux de l'utérus. Ch. F.

II. *Maladies de la moelle épinière*; par Byrom-Bramwell, traduit de l'anglais par Poupinel et Thoinot. Paris, Lauwereyns, édit., 1883.

L'étude des maladies de la moelle ne date pas de si longtemps déjà, et n'est pas tellement avancée qu'elle se trouve condensée et mise au point dans tous les traités de pathologie. — Les matériaux épars dans les ouvrages publiés tant en France qu'à l'étranger ont besoin d'être rassemblés et combinés entre eux. — Les progrès incessants de la neuro-pathologie doivent être au fur et à mesure recherchés dans les publications récentes et soigneusement

enregistrés non sans une critique éclairée. Rassembler les faits, en extraire les enseignements indiscutables, grouper ceux-ci, les classer, puis, après cette analyse soigneusement opérée, faire une rapide synthèse et, par conséquent schématiser les résultats acquis, tel est, à notre avis, le vrai rôle du manuel moderne, telle est la tâche que s'est proposée M. Byron Bramwell et qu'il a pleinement remplie.

Prenant pour base les récentes études d'anatomie et de physiologie sur les centres nerveux et pour point de ralliement l'existence du segment médullaire en tant qu'entité anatomo-physiologique et anotomo-pathologique, ce médecin distingué a passé en revue les différentes affections de la moelle, rapprochant les lésions des symptômes, montrant leur union intime, leur enchaînement logique, leur dépendance fatale, illustrant le tout de nombreux et excellents schémas soit écrits, soit dessinés.

MM. Poupinel et Thoinot ont rendu un véritable service en traduisant cet ouvrage. CH. F.

III. *La porencéphalie* (Étude anatomique); par KUNDRAT. (Graz, 1882.)

Nous n'en sommes plus à l'époque où en présence d'un sourd-muet, d'un idiot, on se contentait de formuler l'expression sentencieuse d'arrêt de développement. Aujourd'hui, nous prétendons allez plus loin, nous prétendons faire parler l'anatomie pathologique et demander compte à la pathogénie des lésions de la raison d'être des symptômes. Nous refusons d'admettre que, par caprice, l'histogénie ait fait banqueroute et que tel individu soit en déficit d'un nerf auditif, tel autre d'une série de lobes cérébraux de par les arrêts du hasard. L'examen minutieux des faits nous donne chaque jour raison et nous apprenons à mesure des progrès de nos investigations que la surdi-mutité a ses origines pathologiques de même ordre que la pneumonie. Il en est ainsi pour l'idiotie. Ces grandes mutilations congéniales ou précoces ne sont que la dernière conséquence de processus anatomopathologiques intra-utérins ou prématurés qui impriment à ces prétendus arrêts de développement spontanés, un type particulier ; suivant ce type, telles ou telles régions sont plus ou moins réduites à néant. Aussi, est-il à croire que, dans un laps de temps qui peut-être n'est pas loin, nous posséderons des entités cliniques de l'idiotie en correspondance avec les modalités anatomiques. En tout cas, tel est le désidératum auquel il est permis de penser que tout mémoire un peu étudié donne une satisfaction approchée. Celui de M. Kundrat nous semble contribuer au résultat dans ce sens.

Sous le titre de *porencéphalie*, il a réuni vingt-neuf observations empruntées aux auteurs et douze qui lui sont personnelles, dans lesquelles la substance des hémisphères cérébraux se présente

à l'observateur en un point de son étendue, comme un trou de profondeur variable. La définition de cette forme d'arrêt de développement appartient à Heschl. Le trou en question s'ouvre dans la cavité de l'arachnoïde, ou bien, recouvert comme d'un pont par cette membrane entière, il pénètre plus ou moins loin dans la masse du cerveau, atteignant jusqu'à l'épendyme, voire même jusqu'au ventricule. Suivant qu'on l'examine à différentes périodes de la rétrocession, il y a lieu de distinguer : une porencéphalie en évolution ; une porencéphalie en état de développement ; une porencéphalie compliquée d'hydrocéphalie ; une porencéphalie stéréotypée par la cicatrisation. La plupart du temps congénitale, il s'en faut cependant que, même alors, elle provienne d'une inaptitude innée, quasi mystérieuse de l'individu à se développer normalement ; elle peut, comme dans la forme acquise, être la résultante de processus anatomopathologiques, qui s'attaquent aux premiers linéaments du tissu nerveux ou même à un plus parfait état de la texture. Le mécanisme exact nous échappe, mais il est certain, dit M. Kundrat, que, lorsque la porencéphalie est congénitale, on constate une disposition radiaire des circonvolutions vers le bord ou le centre de la perte de substance ; on voit alors les circonvolutions, revêtues de la pie-mère, plonger vers le fond du cratère, et aller constituer les parois de la fosse jusque sur l'épendyme, tandis que l'arachnoïde forme couvercle au trou à la superficie du cerveau. Semblable disposition n'existe pas dans la porencéphalie acquise, où du moins elle n'y est que très peu accusée ; ici, les circonvolutions se terminent *ex abrupto* sur les confins du trou. La cause anatomique de ces malformations réside, qu'elles soient acquises ou congénitales, dans un processus de ramollissement du cerveau. Il s'agit bien d'une encéphalite, mais d'une encéphalite caractérisée par une hyperplasie vasculaire avec prolifération du tissu conjonctif, les éléments nerveux subissant une métamorphose rétrograde. Le ramollissement a généralement pour facteur immédiat une anémie locale qui peut elle-même provenir de causes diverses ; il émane plus rarement d'hémorrhagie et de thromboses. Sur ce terrain il importe de tenir compte des territoires vasculaires et des zones régionales atteintes. Le siège de la porencéphalie était :

En 27 cas, le domaine de la sylvienne ;
3 — — de l'artère cérébrale antérieure ;
5 — — — postérieure ;
4 — un territoire non délimité par les auteurs ;
3 — les lobes frontaux ;
5 — la région de l'insula et son pourtour ;
5 — — du sillon de Rolando ;
12 — la convexité des hémisphères ;
5 — les lobes temporaux.

Quand la porencéphalie est congénitale ou qu'elle a été acquise de très bonne heure, l'idiotie en est très souvent la conséquence, mais non toujours, non nécessairement. Il existe des troubles de la parole qui, le plus habituellement est remplacée par des cris inarticulés en rapport avec les sentiments du sujet. Il n'est pas le moins du monde rare de rencontrer des paralysies qui de toutes les extrémités, qui simplement des membres opposés au foyer; ces paralysies sont toujours permanentes et se compliquent très souvent de contractures. Enfin, des malformations symétriques ou asymétriques du crâne peuvent en être le produit.

Telle est la teneur résumée de l'étude de M. Kundrat, les considérations dont nous pourrions la faire suivre dans l'espèce ne vaudraient peut-être pas pour le lecteur, étant donné nos quelques remarques préliminaires, la reproduction de ses *conclusions générales*. Les voici : 1° La porencéphalie est une formation défectueuse du cerveau produite par des processus destructifs qui, dans leur essence et leur cause, ne sont pas différents de ceux qu'engendrent l'hémorrhagie, l'embolie, la thrombose, l'anémie ; 2° leur particularité réside simplement dans leur siège à la surface du cerveau et dans leur forme qu'explique le haut degré de développement du processus destructif pouvant aboutir à l'absence complète des parties atteintes ; 3° ils se peuvent produire pendant la vie fœtale (porencéphalie congénitale) ou pendant la vie extra-utérine (porencéphalie acquise) ; 3° les processus congénitaux sont de beaucoup les plus fréquents; leurs formes sont typiques : ils n'atteignent que l'ensemble des circonvolutions cérébrales et dérivent généralement d'une anémie dans les départements corticaux des artères cérébrales (dans la région de la sylvienne principalement) ; l'hydrocéphalie qui s'y montre propage l'anomalie à l'ensemble du manteau des hémisphères jusqu'aux ganglions de la base ; 5° par cela qu'ils sont congénitaux, ils troublent le développement de l'organe central, occasionnent directement des modifications dans le dispositif des circonvolutions et indirectement un arrêt de développement qui se manifeste d'habitude sous le masque de l'idiotie fréquemment alliée à l'absence de la faculté du langage ; 6° quand les régions motrices de l'écorce sont atteintes, il existe toujours une paralysie fréquemment accompagnée de contracture ; 7° les processus acquis pendant la vie extra-utérine, en général plus rares, proviennent d'une embolie, d'une hémorrhagie et peuvent avoir aussi une origine traumatique. Ils ne troublent pas la morphologie architectonique du cerveau, quant à l'ordonnancement des circonvolutions, mais, quand ils sont très précoces, ils en arrêtent le développement, de sorte qu'ici encore on a affaire à l'idiotie ; la faculté de parler n'est jamais absente, mais il peut y avoir de l'aphasie. On constate aussi dans cette forme des paralysies avec contractures ; elles sont la conséquence et des destruc-

tions corticomotrices et des altérations des ganglions et de la capsule interne, produits de la cause génératrice (embolie). Dans ce dernier cas, elles sont suivies de dégénérescence descendante; 8° les défauts de substance congénitaux et acquis (précoces) peuvent également produire des malformations du crâne symétriques ou asymétriques; le crâne est tantôt augmenté, tantôt diminué de volume. Quand la malformation est unilatérale, c'est le côté correspondant à la défectuosité qui est atteint ; 9° guérison possible par cicatrisation et fermeture du trou ; mais les effets persistent, les destructions étant irréparables. (Neuf belles planches permettent de suivre la description). P. KÉRAVAL.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

*Le délire chronique, son évolution* (étude clinique); par GÉRENTE. Thèse de Paris, 1883.

*Contribution à l'étude des atrophies musculaires à distance, appelées encore atrophies réflexes*; par DESCHAMPS. Thèse de Paris, 1883.

*Essai sur la pathogénie du crétinisme*; par VERDAN. Thèse de Paris, 1883.

*De l'élongation du nerf nasal externe dans le traitement du glaucome*; par TROUSSEAU. Thèse de Paris, 1883.

*Essai sur les altérations fonctionnelles et organiques de l'appareil de la vision, survenant sous l'influence combinée de l'alcool et du tabac*; par DAVID. Thèse de Paris, 1883.

*Du tremblement*; par GOUGELET. Thèse de Paris, 1883.

*Essai sur la Morphœa alba* (variété de lésion trophique de la peau); par PAUTRY. Thèse de Paris, 1883.

*Antécédents et causes dans la maladie de Parkinson*; par LHIRONDEL. Thèse de Paris, 1883.

*De la chute des ongles, de la chute des dents et des douleurs névralgiques dans l'ataxie locomotrice et le diabète*; par BONIEUX. Thèse de Paris, 1883.

*De l'élongation nerveuse dans l'ataxie et les affections médullaires*; par JACQUEMIN. Thèse de Paris, 1883.

*Du goître exophthalmique chez l'homme*; par DAUBRESSE. Thèse de Paris, 1883.

# FAITS DIVERS

Société contre l'abus du tabac. — Cette Société met au concours pour 1883 des prix variant de 100 à 300 francs. La question de médecine est ainsi posée : Physiologie du fumeur. Habitudes, tenue, caractère. Influence du tabac sur les facultés et les fonctions affectives, intellectuelles, digestives, etc. — Le prix consiste en livres d'une valeur de 200 francs environ. Le fondateur, M. A. Bertherand, s'engage en outre à publier gratuitement, dans la *Gazette médicale de l'Algérie*, le mémoire couronné. Le programme détaillé du concours sera adressé gratuitement aux personnes qui en feront la demande au président, 38, rue Jacob, Paris.

Bureau de statistique municipale. — M. Jacques Bertillon vient d'être nommé chef des travaux de statistique municipale de la ville de Paris, en remplacement de son père, M. le Dr A. Bertillon, récemment décédé.

Asile d'aliénés de Leyne. — Par suite de l'écroulement d'un mur à l'asile de Leyne (Lot), six malades ont été tués et trois blessés, dont un grièvement.

Nouveaux journaux. — M. Kovalewsky vient de publier, à Charckow, un nouveau journal de neurologie, qui a pour titre : *Archives de psychiâtrie, de neurologie et de psychologie légale.* — Le second numéro contient les mémoires suivants : *Cas rare de grande hystérie*, par Pasternatzky; — *Introduction à la psychiâtrie*, par Frese; — *Sur le sentiment de la colère chez les animaux*, par Fesenko; — *Distribution anatomique des fibres motrices des nerfs chez l'homme, la lapin et la grenouille*, par Beloousoff; — *Stupeur*, par Kovalewsky; — *Les colonies d'aliénés*, par Lione; — *De l'effet de l'électricité sur la tête*, par Orchansky. T. D.

— Nous venons de recevoir de Saint-Pétersbourg le premier numéro de la première revue russe consacrée spécialement aux maladies nerveuses et mentales. Cette revue, publiée sous la direction de M. le professeur J. Mierzejewski, porte le nom de *Messager de clinique mentale et nerveuse* (*Wiestuick psychiatrii, nervoi pathologie*).

— Le premier numéro du *Medico-legal Journal*, publié sous les auspices de la Medico-legal Society de New-York, a paru en juin 1883.

*Le rédacteur-gérant*, Bourneville.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 783.

Vol. VI. Septembre 1883. N° 17.

# ARCHIVES DE NEUROLOGIE

## MÉDECINE LÉGALE

### VERTIGES ÉPILEPTIQUES. — ASSASSINAT. — ACQUITTEMENT;

Par M. LEGRAND DU SAULLE,
Médecin en chef de l'Infirmerie spéciale des aliénés près le Dépôt de la Préfecture.

René Nouaux, né le 30 septembre 1855, est cultivateur à Fyé (Sarthe); il est de taille assez élevée et de constitution robuste. Il est médiocrement intelligent et a fréquenté les écoles jusqu'à l'âge de quatorze ou quinze ans environ. Vers cette même époque, il aurait ressenti quelques éblouissements vertigineux.

A dix-sept ans, il a reçu un jour sur le sommet de la tête une pièce de bois, et il a été grièvement blessé: Dès que j'eus recueilli de lui cette particularité, je lui fis aussitôt couper les cheveux à l'endroit indiqué, et je constatai effectivement une cicatrice linéaire de cinq à six centimètres.

Depuis deux ou trois ans, il éprouvait parfois de grandes douleurs de tête et quelques secousses; sa vue s'obscurcissait momentanément. « Il me passait, dit-il, un nuage; je ne voyais presque plus rien, mais

cela passait très vite. Quand cela me prenait en travaillant, je m'asseyais un instant, et puis je reprenais mon ouvrage. Quand j'étais dehors, à la chasse, par exemple, je marchais tout droit devant moi, et il m'est arrivé de me tromper de chemin, d'être tout hébété et d'avoir fait une ou deux lieues à travers champs, sans savoir où j'étais... On m'avait dit que j'avais des migraines ».

La signification si importante de ces malaises, en apparence fort légers, était à peu près passée inaperçue, ou du moins avait été méconnue. On avait pu relever chez lui de grandes inégalités d'humeur et de caractère, — et c'est ainsi qu'il avait paru tantôt emporté, menaçant et violent, et tantôt timide, taciturne et débonnaire; — mais le secret de ces deux physionomies différentes n'avait point été entrevu encore.

Le 23 septembre 1882, Nouaux est incorporé au 31e régiment d'artillerie, au Mans, en qualité de réserviste. Là, il souffre de la tête, est pris de peur à chaque instant et s'hallucine de la vue et de l'ouïe. Il croit voir un jour ses camarades déguisés en Zoulous, ayant le corps enveloppé d'un drap et portant une ceinture rouge autour de la tête. Il entend chuchoter auprès de lui; il voit qu'on le menace, qu'on en veut à sa vie, qu'on met sa tête à prix. Glacé d'épouvante, il tire son sabre et se met sur la défensive. « Le premier qui se serait approché, dit-il, je l'aurais tué ». Son maréchal-des-logis-chef entre, lui parle avec douceur et lui demande son sabre. Nouaux obéit et rend son arme.

Nouaux, qui pleure beaucoup, fait peu de service.

Il a toujours peur qu'on ne lui fasse du mal. Deux de ses camarades placent son lit entre les leurs; mais il n'en couche pas moins avec son sabre-baïonnette.

Le 8 octobre, il reçoit avec bonheur la visite de sa sœur, accompagnée de Poupart, son cousin et son fiancé. On va prendre un repas à l'auberge, mais il pleure, mange très peu et rapporte qu'il a peur, qu'il y a des jeunes militaires *que l'on fait passer au bleu et qui disparaissent.*

A la caserne, on le croit malade, et on lui dit d'avoir à se rendre à la visite du médecin. Il s'y rend, mais il entend tenir autour de lui ce propos : « On lui fera comme aux autres... du tabac! ». Effrayé, il se sauve aussitôt et ne consulte pas.

Parvenu au terme de ses vingt-huit jours, il a encore peur d'être pris ou d'être tué; il craint de ne pas avoir son livret en règle, il se lamente, demande à l'un de ses camarades si ce n'est pas lui *qui lui a soufflé de la poudre dans l'oreille*, redoute d'être empoisonné, a peur des consommations qu'on lui offre, et rentre enfin dans sa famille.

Le lendemain, 21 octobre, il part pour la chasse, défend qu'on dise où il est, dans la crainte qu'on ne vienne l'arrêter, rencontre Poupart, son cousin et son futur beau-frère, et refuse la consommation qui lui est offerte par ce dernier. « J'ai refusé, dit-il, parce que j'avais grand peur ». Il rentre le soir un peu mouillé, se sèche auprès du feu, mange la soupe et attend, pour finir son repas, que sa sœur et Poupart soient arrivés d'un pays voisin, où ils se sont rendus pour faire des achats, à l'occasion de leur prochain mariage. Les fiancés entrent, se mettent à

table, et Nouaux, qui ne s'est point assis, prend son fusil, et, sans aucune provocation, fait feu deux fois sur Poupart, qui tombe foudroyé. On s'empresse autour de la victime, Nouaux est poussé dans la cour, regarde par une fenêtre, brise un carreau, rentre, s'empare d'un couteau qu'il avait affilé dans la journée, se précipite sur le cadavre de Poupart et lui enfonce son arme dans la gorge. Tout le monde s'enfuit, excepté le meurtrier. Nouaux reste seul une heure et demie en face de sa victime, et n'a point la pensée de se dérober aux poursuites. Quelqu'un passe et il l'invite à boire un verre de cidre : « C'est pour la dernière fois, dit-il, ils sont allés chercher les gendarmes pour m'arrêter ».

A ce moment, Nouaux est-il sain d'esprit ou aliéné? Peut-il être considéré comme responsable de l'acte accompli?

M. le Dr de Paoli a pensé que l'accusé jouissait de la plénitude de ses facultés intellectuelles, et qu'il était responsable. M. le Dr Mordret a été d'avis que Nouaux pouvait être un alcoolisé chronique, un persécuté halluciné et impulsif, un fou dangereux et un irresponsable.

En ce qui me concerne, j'affirme que Nouaux est un vertigineux épileptique, ayant des périodes d'accès s'accompagnant d'hallucinations de la vue et de l'ouïe, d'idées de persécution, de craintes d'empoisonnement, de terreurs imaginaires et d'impulsions homicides soudaines, avec abolition partielle du souvenir.

Nouaux n'est ni un alcoolisé chronique, ni un aliéné permanent, ni un simulateur. Il est toujours de bonne foi, et, dans ses longues périodes de calme,

de lucidité et de raison, il dit aussi bien ce qui pourrait être interprété contre lui, que ce qui est de nature à lui être favorable. Il ne s'arrête que là où la mémoire lui manque et il dit alors : « Je ne sais pas... je ne me souviens pas ». Ses souvenirs lui retracent, par exemple, la scène subite des deux coups de feu tirés sur Poupart, mais il ne sait plus ce qui s'est passé après. L'accès de fureur aveugle, pendant lequel il a coupé la carotide primitive droite du cadavre de sa victime, est pour lui lettre morte. Son clavier cérébral possède une note muette. Or, ce phénomène d'amnésie épileptique est aujourd'hui très connu [1].

D'autres particularités sont également biffées de sa mémoire : le 11 octobre, par exemple, il a écrit à sa sœur une lettre de laquelle j'extrais ce passage : «... Je vais vous apprendre une mauvaise nouvelle. On m'a mis à prix. Celui qui me tuera aura 1,500 francs. J'ai entendu ça, c'est pourquoi je ne peux plus vous revoir. Je ne sais pas d'où que ça part. Je ne me chagrine pas pour ça. Je me défendrai jusqu'à la fin.....» Or, toutes les fois que l'on parle de cette lettre à Nouaux, il déclare que l'on doit se tromper, qu'il n'a pas écrit, qu'il ne se souvient pas.

Aucun signe physique et intellectuel ne trahit chez Nouaux des habitudes alcooliques. Comme la plupart

[1] J'en ai récemment encore observé un exemple des plus frappants. Un garçon crêmier assassine son meilleur camarade, rue Saint-Roch à Paris, et, lorsque je l'interroge, il ne se souvient de rien, demande où il est, ignore ce qui s'est passé et ne se rend compte de rien. Il réclame la visite de son camarade et lui écrit une lettre très affectueuse. Il est tellement troublé et malade qu'on arrive à lui cacher pendant longtemps le meurtre dont il est l'auteur. Cet épileptique, sous l'influence d'un traitement par le bromure de potassium, était tellement rétabli au bout de trente mois, qu'il a pu quitter l'asile Sainte-Anne, être rendu à sa famille et reconduit dans la Haute-Saône.

des névropathes, il ne pouvait pas boire un ou deux verres de vin sans souffrir de la tête, sans avoir des éblouissements, sans trembler beaucoup, sans passer une mauvaise nuit et sans être presque incapable de travailler le lendemain.

En dehors de ses vertiges et des troubles psychiques ou hallucinatoires qui les accompagnent ou les suivent, Nouaux ne présente aucune trace d'aliénation mentale. Il ne croit pas avoir d'ennemis, ne se plaint de personne et n'en veut à personne. Il y a cinq ans, il avait eu à la chasse une difficulté avec Poupart : tous deux avaient tiré sur le même lièvre; chacun croyait l'avoir tué et ce fut Poupart, qui, au grand désappointement de son cousin, emporta l'animal dans sa carnassière. Mais de la dispute il ne resta vestige. Pendant ses vingt-huit jours, Nouaux loua même la générosité de Poupart qui lui avait apporté le 8 octobre, au Mans, deux paquets de tabac et une somme de cinq francs.

Il n'y a pas lieu, en conséquence, de s'arrêter un seul instant à l'hypothèse d'un délire fixe, permanent et systématisé des persécutions.

Lorsque Nouaux a eu des vertiges, il lui est arrivé de s'halluciner de la vue et de l'ouïe, d'être affolé par la peur, de pleurer, de trembler, de se croire parvenu à l'heure dernière de sa vie et de se mettre sur une défensive armée, qui n'était en somme pour lui qu'une sorte de protection légitime et nécessaire; mais une fois que les hallucinations avaient disparu et que la peur n'existait plus, on ne retrouvait plus chez lui d'idées de persécution.

Le jour de l'attentat, entre trois et cinq heures environ, il a entendu, au bourg de Fyé, des hommes qui

disaient : « On ne va pas le laisser s'en retourner, bien sûr. » Nouaux, déjà si perplexe et si ému, s'est rapidement éloigné, s'est vu poursuivi bientôt par sept ou huit hommes, s'est mis à courir à travers les champs, s'est un peu égaré dans sa fugue inconsciente et a fini par rentrer chez lui. On ne sait que trop ce qu'il y a fait !

L'ordre de succession des phénomènes morbides est donc le suivant : 1° secousses, céphalalgie, puis vertiges ; 2° angoisses, pleurs, sanglots, hallucinations des sens, peurs sans motifs, fugues possibles ; 3° idées de persécution, terreurs imaginaires, impulsions pathologiques soudaines ; 4° abolition partielle du souvenir, absence de regrets.

La résultante scientifique de toutes les pièces du dossier est mathématiquement contenue dans cet ordre de succession.

Il y a six semaines, à son arrivée à l'infirmerie spéciale des aliénés près le dépôt de la préfecture de police, Nouaux était très fatigué et réellement souffrant. Il pleurait, avait peur, croyait qu'on allait le mettre à mort et présentait une attitude perplexe tout à fait étrange. Sous l'influence de soins appropriés, il se remit assez vite. Je portai alors le diagnostic que l'on sait et je me gardai bien de lui prescrire du bromure de potassium, car ce médicament aurait tout à fait masqué son état.

Nouaux, surveillé jour et nuit, à tous les instants, ne s'est jamais démenti. Il a été calme, doux, poli, bien portant ; il s'alimentait bien et dormait parfaitement. Ses réponses sur tous les détails relatifs à son affaire ont toujours été invariablement les mêmes. Il était ce-

pendant facile de prévoir qu'il aurait, un jour ou l'autre, des accidents significatifs. Je les attendais et ils se sont effectivement produits.

Le 10 mai 1883, Nouaux est triste; il pleure, se sent la *tête lourde*, mange à peine, craint de ne plus retourner dans son pays et de ne plus revoir sa mère et sa sœur. En ma présence, il a une secousse subite (bras et épaule gauches). On l'envoie à la promenade; il rentre, ne parle pas, verse d'abondantes larmes et pousse des sanglots. Le soir, il se plaint beaucoup de la tête, se couche, et, d'après le rapport du veilleur, il n'a pas dormi un seul instant; il a constamment pleuré et gémi. Il paraissait désespéré.

Le 11 mai, il entre très pâle dans mon cabinet; il est tout bouleversé et lance sur moi ce regard tragique si spécial aux épileptiques en proie à des accès. Il me répond à peine quelques mots, est demi-hébété et ne comprend à peu près rien de ce que je lui dis. Il a plusieurs secousses devant moi, finit par avouer qu'il en a eu beaucoup dans la nuit, qu'à un moment donné il ne savait plus où il était et qu'*il a un peu peur tout de même*. Sa langue est très blanche. Je lui prescris un purgatif.

Le 12 mai, Nouaux est frais, dispos, souriant; il revient très gai de la promenade, cause longtemps avec moi, mange bien, dort parfaitement. Il est très lucide et ne pleure plus.

Le 13 mai, je cherche à obtenir de lui quelques paroles de regret, mais je n'y parviens pas. Nouaux est indifférent, insouciant, égoïste, complètement dépourvu de sentiments affectifs et incapable de prononcer un seul mot de pitié au sujet de sa victime.

Le criminel a souvent des attendrissements et des repentirs qui touchent et émeuvent. L'épileptique assassin est d'une sècheresse implacable. Que d'exemples analogues n'ai-je pas rapportés[1] !

Le 14 mai, Nouaux est un peu larmoyant. A son réveil, il a eu mal à la tête. Son langage est un peu diffus. Aurait-il eu quelques manifestations vertigineuses nocturnes ? Je lui annonce qu'il va retourner au Mans et il ne témoigne ni surprise, ni plaisir, ni mécontentement. Il a si peu conscience de sa situation et il se préoccupe si peu de son avenir !

En résumé : 1° Nouaux est un épileptique vertigineux, avec hallucinations temporaires, délire momentané par accès et impulsions extrêmement dangereuses ; 2° le 21 octobre 1882, il était affecté d'un grand trouble de la raison et ne jouissait aucunement de sa liberté morale; 3° dans mon opinion, il devrait être séquestré dans un établissement spécial d'aliénés.

A Paris, le 15 mai 1883.

*P. S.* — Le 13 juin 1883, Nouaux passa devant la cour d'assises de la Sarthe et fut acquitté. L'autorité administrative a dû le diriger sur un établissement d'aliénés.

Legrand du Saulle.— *Etude médico-légale sur les épileptiques.* Paris, 1877.

# PATHOLOGIE MENTALE

## QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉVOLUTION DU DÉLIRE DANS LA VÉSANIE[1];

Par le Dr PAUL GÉRENTE.

Quelles sont les terminaisons, les issues possibles qui se présentent au malade dans la vésanie, au cours de cette évolution que nous venons de décrire ? Telle est la question qui nous reste à étudier.

Les imbéciles, les semi-imbéciles, pour n'en dire qu'un mot en passant, lorsqu'ils sont atteints de délire, sont soumis, eux aussi, à la loi d'évolution; en les observant de près, scrupuleusement, nous l'avons toujours constaté. Mais, chez eux, cette évolution devient singulièrement rapide, et en même temps heurtée, décousue. Souvent, à n'importe quelle période, surtout sous l'influence du traitement, il y a des arrêts, des interruptions plus ou moins longues, des intervalles que parfois on pourrait presque appeler des rémissions. D'autre part, chez eux, les diverses périodes (bien qu'on puisse le plus souvent les découvrir) sont moins nettes, s'enchevêtrent réciproquement; on trouve plus longtemps chez eux, sinon presque toujours, cette coexistence des sentiments pénibles et des sentiments expansifs, qui ne se retrouve chez les vésa-

[1] V. le no 16, p. 17.

niques ordinaires que dans la phase de transition. Enfin se produisent souvent des reculs : un imbécile déjà en pleine période expansive peut, à certains moments, ressentir toute une poussée de sentiments pénibles et présenter comme un flot passager d'idées de persécution ou de démonomanie, par exemple ; ou bien, en sens inverse, un imbécile qui n'en est encore qu'à la période de dépression peut, au beau milieu de ses idées pénibles, et avant même tout essai de systématisation, présenter une bouffée de sentiments ambitieux [1]. Quoi qu'il en soit, à toutes les périodes, les conceptions délirantes des imbéciles auront un caractère de confusion, d'incohérence, de puérilité; elles ne peuvent que refléter l'état mental de ces êtres, si profondément déchus dès leur naissance.

Parmi les vésaniques, ceux qui auront été le plus profondément pénétrés de l'influence héréditaire se montreront, dans le développement de leur délire, essentiellement intermittents. Il ne faut point l'oublier, le fond morbide, chez eux, subsistera toujours : ce seront des anormaux, « des prédisposés ». Mais l'accès délirant, chez eux, guérira plus facilement et pourra guérir, alors même que nous nous trouverions en pleine éclosion d'idées ambitieuses. Voyez, par exemple, le malade dont parle Morel [2]; voyez celui dont parle M. Magnan [3], qui guérit d'un accès remontant à cinq ans, et déjà parvenu à la période expansive. Nous-même

[1] Magnan. — Leçons faites à l'asile Sainte-Anne, 1881. (Inédites.)

[2] Morel. — *Etudes cliniques*, etc., t. I, p. 163 et suiv., 362 et suiv.

[3] Magnan. — *Leçons sur le délire des persécutions*, faites à l'asile Sainte-Anne, p. 27. Paris, 1877.

avons pu en recueillir une observation assez nette où un délire de persécution avec idées ambitieuses guérit au bout de deux ans et demi.

Pour cette catégorie de vésaniques, il est donc impossible d'affirmer l'incurabilité de l'accès délirant, même arrivé à la période de systématisation. Ces faits cliniques ont leur importance au point de vue de certaines questions sociales. Notamment, en vue du divorce, on a voulu fixer un nombre d'années au delà duquel l'accès délirant sera devenu incurable. D'après ce que nous venons de voir, on ne saurait adopter ce critérium, et ce n'est point là qu'il faut chercher la solution du problème. « Tous ceux qui s'occupent sérieusement de l'anatomie pathologique de la folie sont, encore aujourd'hui, dans l'impuissance d'indiquer quels désordres matériels répondent au délire présenté par le malade. Et les exemples, bien que rares, cités par les auteurs, de guérison de l'accès délirant après cinq, dix, quinze ans et même davantage, paraissent protester contre l'hypothèse d'une lésion absolument irrémédiable au bout d'un nombre fixe d'années[1]. »

Parvenu enfin à la dernière période de sa vésanie, ayant perdu tout espoir de retour à une vie sociale ordinaire, que devient le malade? Profondément affaibli au point de vue mental, il tombe dans la démence. Mais cette démence, terme ultime de la vésanie, a plusieurs faces.

Parfois, cette démence est simple. — Au cours de l'évolution délirante, et après les péripéties les plus

[1] Magnan. — Leçons faites à l'asile Sainte-Anne, 1882. (Inédites.)

diverses, peu à peu les troubles de la sensibilité ont pu s'émousser et un à un disparaître chez le patient. Les saillies délirantes, d'abord pénibles, puis ambitieuses, ont pu, elles aussi, avec le temps, s'atténuer, s'affaisser : et enfin, au bout de trente ans, de quarante ans ou même plus, arrive le calme plat. Seulement, avec l'activité délirante s'en est allée aussi l'activité mentale, qui était son substratum ; et nous n'avons plus devant nous, fatigué de sa longue carrière, devenu indifférent à tout, qu'un être où toute pensée, tout désir sont presque éteints; complètement inoffensif, incapable d'aucune initiative, il peut être rendu à sa famille; dans son affaissement mental, il ne délire plus. Quelques auteurs appellent cela *guérison*; est-ce donc une guérison que de ne plus délirer, parce qu'on n'a plus la force de combiner des pensées, parce qu'on n'a plus de quoi délirer?

Chez d'autres déments, bien qu'au fur et à mesure de leur affaiblissement mental la scène délirante soit devenue de plus en plus pauvre; bien que les troubles de la sensibilité ayant à peu près cessé ne se trouvent plus là pour aider à leur délire, persiste l'altération du caractère et des sentiments. Devenu complètement incohérent, le malade reste pourtant ou acariâtre ou dominateur; c'est le dernier vestige d'un ancien délire ou pénible, ou expansif.

Chez certains déments, encore, persistent, de plus, divers troubles de la sensibilité; ceux-ci seront alors interprétés de façons diverses, selon qu'il restera plus ou moins de traces de l'activité délirante, et nous

aurons ainsi diverses formes de démence. — Ces diverses formes, d'ailleurs, ces variétés, ces subdivisions de la démence n'ont par elles-mêmes, nosologiquement, aucune existence propre : ce sont simplement des apparences diverses d'un même fond, *la démence*. Pour nous, à travers ces tableaux variables, le seul fait qui importe, le seul qu'on doive retenir, c'est l'état de profonde déchéance mentale qui se retrouve partout le même : la variété des formes dépend simplement de conditions secondaires, qui diffèrent chez tel ou tel malade. — Par exemple, nous trouverons de vieux hallucinés chroniques en démence, et chez qui persisteront parfois des sentiments pénibles si, chez eux, l'évolution vésanique s'est attardée à cette période. Mais le plus souvent, chez ces vieux hallucinés, nous trouverons des sentiments de grandeur, d'expansion. L'être mental, en effet, affaissé de longue date, a perdu chez eux toute initiative, tout contrôle sur lui-même et sur le dehors; les instincts, quelques sentiments élémentaires et de plus ou moins vieilles habitudes sont seuls à survivre. Si, à ce moment, le malade se trouve depuis quelque temps déjà habitué à des sentiments de grandeur, comme il ne peut plus apprécier ses relations avec le monde extérieur, comme chez lui la conscience du milieu réel et de son contraste avec l'être imaginaire n'existe plus, il arrive à végéter dans le monde heureux de ses anciens rêves. Si alors on recherche quelles peuvent être ses conceptions ambitieuses, expansives, on n'en trouvera que d'enfantines et mal cohérentes; et ce qui frappera dès l'abord, ce sera simplement le sentiment de satisfaction, de béatitude dont paraîtra pénétré le dément. Nous avons là

une classe de déments qui vient compléter le tableau de Calmeil : ceux-ci ne songent plus à « l'injustice de leurs sujets » ; du fond de la dégradation la plus abjecte, tout repoussants de puanteur, sous les habits les plus dégoûtants, souverains fainéants et heureux, ils vous souriront bêtement et sans la moindre amertume.

Il est enfin un phénomène que nous avons remarqué à maintes reprises chez d'anciens délirants chroniques, de vieux vésaniques devenus déments à la suite de leur période d'expansion, c'est la réapparition de préoccupations hypochondriaques. Mais ces préoccupations diffèrent de celles du début. A la fin de l'évolution vésanique, en effet, l'état mental est tout autrement affaibli que dans les premiers temps, et, par suite, les conceptions délirantes de ces périodes extrêmes ne pourront présenter le même ensemble, la même cohésion relative que dans les débuts. Toutes les anciennes saillies du délire se sont l'une après l'autre affaissées; il ne subsiste plus avec quelques troubles de la sensibilité qu'une hypochondrie incohérente. On ne saurait donc assimiler ces deux formes hypochondriaques : l'une, du début, est un vrai délire; l'autre, vers la fin de l'évolution, n'est plus guère qu'un essai de délire.

Ce retour d'hypochondrie s'explique, sans doute, d'abord par les sensations douloureuses plus ou moins vagues qu'amène souvent avec elle la vieillesse, et peut-être par la persistance de troubles dans la sensibilité viscérale ou dans la sensibilité sensorielle, puis par une diminution de l'activité délirante. Pour interpréter ces troubles de la sensibilité par quelque idée ambitieuse ou de persécution, il faut, en effet, un effort

mental plus grand évidemment que pour une interprétation hypochondriaque : celle-ci, quand il s'agit d'une sensation plus ou moins pénible, est à peu près la première et, en tout cas, la plus proche qui se présente à l'esprit. — Tel est le mode d'explication qui nous paraît le plus vraisemblable; nous ne le présentons que comme une hypothèse qui a besoin d'être vérifiée par d'ultérieures observations.

Nous ne saurions, du reste, faire de cette hypochondrie confuse, survenant au sein d'un affaiblissement mental avancé, l'apanage exclusif de la démence vésanique; nous la retrouvons, en effet, cette hypochondrie, avec les mêmes caractères d'indécision, avec les mêmes conceptions flottantes, mal déterminées, soit dans la démence sénile simple, soit dans la démence dite apoplectique, c'est-à-dire avec athéromes cérébraux, soit enfin dans la démence qui termine parfois ces vies aventureuses de certains héréditaires mal équilibrés.

Cette hypochondrie ne fait guère après tout qu'exagérer un état assez habituel chez les personnes âgées. La plupart des vieillards, en effet, assistant à leur propre déclin, voyant leur corps se dégrader, leurs facultés mentales baisser peu à peu, n'en viennent-ils pas, peu ou beaucoup, à se préoccuper de leur santé?

Telles sont les diverses faces de la *démence,* cette fin de toute vésanie : démence simple, démence avec perversion des sentiments affectifs, démence avec sentiments pénibles, démence avec béatitude, démence hypochondriaque. Nous voici donc arrivés à la fin de ce travail; quelle est la loi générale qui s'en dégage?

Les divers types de vésaniques que nous avons successivement analysés, dont nous avons essayé de reproduire les traits caractéristiques, constituent, nous semble-t-il, les étapes diverses d'une même évolution, l'*évolution du délire vésanique.*

Qu'on veuille bien prendre ces malades suivant la méthode scientifique et les rapprocher, on sera immédiatement frappé des caractères communs qu'ils présentent sous leur diversité de surface, et l'on reconnaîtra d'abord un même fond morbide, puis une même marche pathologique. Il suffit, en effet, de prêter attention et de vouloir dégager la loi permanente de la forme accidentelle; et, dès lors, quand se présentera ce qu'on appelle une démonomanie, un délire des persécutions, une toxicophobie ou toute autre ...phobie qu'on voudra, il sera facile de reconnaître qu'il s'agit tout simplement de la période dépressive, de la période d'hyperalgésie mentale (perversion douloureuse du *sens émotif*[1]) avec concentration pénible, autrement dit de la première phase du délire vésanique. Qu'on parle ensuite de mégalomanie, de théomanie, etc., il s'agira d'une phase ultérieure du délire chronique au cours de son évolution, à savoir la période d'expansion apparaissant peu à peu et coïncidant d'ailleurs avec un affaiblissement intellectuel plus ou moins profond. Sous toutes ces variétés, *la maladie primordiale, essentielle, c'est la perversion du sens émotif, c'est l'altération du sentiment, tantôt pénible, tantôt expansif, chez un être mentalement débile;* c'est elle, au fur et à mesure que se développent les troubles de la sensibilité, au

[1] Voyez Cerise et Morel, *loc. cit.*

fur et à mesure qu'évolue la vésanie, c'est elle qu'on retrouve toujours, inspirant, préparant toutes les idées délirantes. Isoler chacune de ces périodes, les présenter comme des individualités morbides qui auront chacune leur histoire propre, nous paraît être un singulier artifice pour démembrer la pathologie mentale et compliquer l'étude de la vésanie.

Pour nous donc, il n'y a point de monomanes; il n'y a que le vésanique, délirant chronique, aux diverses périodes de son évolution. La lypémanie suicide ou homicide, la démonomanie, le délire des persécutions, la manie ambulatoire ou insurrectionnelle, la logomanie, la talpafolie, le métromonodélire, etc., ne sont point des entités irréductibles; le fou mordeur, ou éplucheur, ou mutilateur, ou aménomane, ou mégalomane, ou théomane[1], etc., ne représente point des espèces morbides distinctes. Toutes ces formes délirantes n'ont aucune existence par elles-mêmes, de quelque nom qu'on les habille; elles ne sont que les aspects, les moments divers d'une évolution vésanique, laquelle marche suivant sa loi caractéristique, tout en se prêtant aux conditions accessoires du milieu, et, par suite, à toute une série de variations possibles. Qu'on nous permette une comparaison : ces formes délirantes ne sont, pour ainsi dire, que les diverses facettes d'un même cristal, brillant de couleurs diverses selon la nature et l'incidence des rayons qui viennent l'illuminer.

Sans doute, on remarquera des nuances, des combinaisons variables : les malades ne sont pas tous ap-

[1] Voyez Guislain. — *Op. et loc. citat.*

pelés à suivre du même pas l'évolution vésanique au travers de toutes ses périodes classiques; ils peuvent s'attarder à telle phase plus longtemps; parfois même, comme nous l'avons vu, ils peuvent s'y perpétuer et y atteindre le dernier terme, c'est-à-dire la démence, sans avoir connu peut-être (bien que le fait doive être plus rare) les phases ultérieures de l'évolution vésanique ordinaire. Sans doute, en matière aussi délicate que la matière morbide, il n'est point de type qu'on puisse dire absolument immuable : tant d'éléments multiples peuvent intervenir dans le problème, que la solution peut s'en trouver, du moins en apparence, singulièrement modifiée ; tel ordre de phénomènes pourra être si fugitif qu'il aura échappé à une observation rapide; tel autre fera tellement relief qu'il masquera le reste aux yeux d'un observateur qui s'en tient aux saillies délirantes; enfin, nous le répétons, l'évolution même pourra être incomplète, et telle de ses dernières périodes fera défaut. Mais il n'y a aucune raison pour constituer, avec de tels malades, des espèces morbides nouvelles. — N'y a-t-il pas, dans toute maladie, des variétés à évolution incomplète ? Citons, par exemple, certaines maladies nerveuses, l'hystéro-épilepsie, la maladie de Parkinson ou paralysie agitante, l'ataxie locomotrice, etc..., dont nos savants maîtres ont si clairement démontré l'individualité, et qu'ils ont si nettement décrites; ces maladies ne se présentent-elles pas parfois sous des aspects fort dissemblables, elles qui pourtant se rapportent chacune à un type bien défini ? Que deviendrait la nosologie, si de chaque variation il fallait constituer une entité pathologique, comme on a voulu faire en aliénation mentale ? Le

type supérieur est donc là, comme un index : il faut le bien connaître, dans sa forme générale; et l'on saura toujours alors le reconnaître derrière chaque cas clinique particulier. — Or, nous estimons qu'une étude clinique attentive pourra distinguer toujours, parmi ses variations secondaires, le type caractéristique que nous avons voulu décrire; nous estimons que, chez les vésaniques purs, délirants chroniques, on pourra toujours reconnaître une progression du délire, identique, lorsqu'elle s'effectue jusqu'au bout.

Telle est la loi nosologique que ce travail avait pour objet d'étudier : l'*évolution du délire dans la vésanie.*

---

# PATHOLOGIE NERVEUSE

---

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES NÉVRITES PÉRIPHÉRIQUES NON TRAUMATIQUES (*Suite*) [1];

Par MM. A. PITRES, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, et L. VAILLARD, médecin-major de seconde classe.

OBSERVATION VII. — *Ataxie locomotrice. — Arthropathie de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index droit : maux perforants plantaires, dystrophie des ongles des orteils. — Tuberculose pulmonaire. — Altérations des divers nerfs périphériques correspondant aux troubles trophiques* [2].

Jean Cour.., âgé de quarante-cinq ans, garçon de salle, est

[1] *Archives de Neurologie*, n° 14, p. 191, et n° 15, p. 290.

[2] Observation clinique résumée d'après les notes recueillies par M. Prioleau, interne du service.

entré à l'hôpital Saint-André de Bordeaux (service de M. PITRES) le 25 novembre 1882.

Dans sa jeunesse, Cour... a eu plusieurs fois des glandes autour du cou. A l'âge de dix-neuf ans, il a eu une blennorrhagie et des chancres mous. Un peu plus tard, il a été atteint de rhumatisme articulaire aigu. A vingt-huit ans, il a eu encore des chancres qui n'ont été suivis d'aucun accident secondaire. A trente-sept ans, il vit apparaître sur la face plantaire du pied droit, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne, un mal perforant qui persista pendant quatre ans et nécessita, en 1879, l'amputation du gros orteil droit. Ce mal perforant n'avait été précédé d'aucune douleur appréciable. Mais, après son apparition, le malade commença à ressentir des douleurs fulgurantes, qui revenaient par accès une ou deux fois par mois et siégeaient surtout dans les deux membres inférieurs. Aux douleurs fulgurantes à type lancinant, se joignirent bientôt des crises de vomissements incoercibles. Puis, en 1881, le malade éprouva des fourmillements douloureux, continus et très pénibles dans les doigts. Un jour, il s'aperçut que l'index droit était rouge et tuméfié, et quelque temps après, quand la tuméfaction se fut dissipée, il remarqua que l'articulation métacarpo-phalangienne de ce doigt était difforme et beaucoup plus mobile que précédemment. Vers la fin de la même année, un second mal perforant, tout à fait semblable à celui qui s'était développé antérieurement à la face plantaire du gros orteil droit, apparut dans le point symétrique du côté opposé ; mais il guérit après deux mois de repos et de pansements réguliers à l'iodoforme. A partir de cette époque Cour.. commença à éprouver quelques troubles du mouvement. La sensation de résistance du sol devint obtuse, et la marche devint hésitante et incertaine, surtout dans l'obscurité. En même temps, se montrèrent les signes d'une évolution tuberculeuse du poumon : toux, expectoration abondante, amaigrissement, perte graduelle et rapide des forces, sueurs nocturnes, etc.

Lorsque le malade entre à l'hôpital (25 novembre 1882), il présente les symptômes les plus évidents d'une phthisie pulmonaire très avancée et devant amener bientôt la mort.

Il présente en outre une série de troubles nerveux qui font diagnostiquer chez lui une ataxie locomotrice progressive. Ces troubles sont les suivants :

Le malade ne ressent plus, depuis quelques mois, de douleurs

fulgurantes à type lancinant; mais il éprouve très souvent des douleurs constrictives semblables à celles que produirait le pincement brusque de la peau avec une tenaillle. Ces douleurs surviennent par crises, et siègent surtout aux genoux, aux mollets et aux pieds. Il existe en outre une sensation pénible et continue de fourmillement douloureux au niveau des doigts.

La sensibilité cutanée au contact, à la douleur et à la température est conservée normale, sauf dans les points qui seront indiqués plus loin. La vue est normale, mais il y a de temps en temps de la diplopie transitoire.

Le réflexe rotulien est totalement aboli des deux côtés.

La marche est un peu hésitante, surtout lorsque les yeux sont fermés. Le malade sent la résistance du sol du pied droit, mais il lui semble souvent que le pied gauche repose sur une couche d'ouate. Le sens musculaire est assez bien conservé : les jambes ne sont pas perdues dans le lit.

L'articulation métacarpo-phalangienne de l'index droit est déformée. Les têtes osseuses qui la constituent sont plus volumineuses qu'à l'état normal. Il est facile de luxer la phalange sur le métacarpien et tout aussi facile de réduire la luxation. Ces mouvements ne provoquent aucune douleur : ils s'accompagnent de quelques craquements articulaires. La peau qui recouvre l'articulation malade n'est ni rouge, ni épaissie. Elle est le siège de douleurs spontanées, continues, qui s'étendent à tous les doigts, et ont le caractère de fourmillements douloureux. Sur la face dorsale de la main, la peau qui recouvre l'articulation malade présente un léger degré d'anesthésie : les piqûres légères y sont perçues comme simples contacts, et les piqûres profondes ne provoquent pas de sensation douloureuse. La masse musculaire de l'éminence thénar est un peu plus grêle du côté droit que du côté gauche, sans qu'on puisse dire qu'elle soit véritablement atrophiée.

Les maux perforants ont laissé des traces persistantes. A droite, l'amputation du gros orteil a laissé une cicatrice linéaire; à gauche, on aperçoit à la face inféro-interne de la première articulation métatarso-phalangienne une cicatrice blanche, froncée, peu épaisse qui occupe la place du mal perforant guéri en 1881.

L'ongle du gros orteil gauche est dystrophié : il est épaissi, sa face supérieure est striée en travers par plusieurs sillons

transversaux profonds ; son bord libre mesurant huit millimètres d'épaisseur est irrégulier, dentelé ; sa substance s'émiette et se détache par petits fragments. Cet ongle du gros orteil gauche s'est détaché, un jour de l'hiver de 1881, pendant que le malade avait son mal perforant. Il est tombé spontanément sans qu'aucune violence extérieure puisse expliquer sa chute, laissant à nu tout le lit unguéal. L'ongle du petit orteil gauche est difforme ; il est constitué par un petit bourgeon corné, de forme conique, très épais, et si peu adhérent aux parties sous-jacentes que le malade l'a enlevé un matin à la visite sans effort et sans douleur. Les autres ongles sont à peu près normaux ; ils présentent seulement quelques stries transversales peu profondes.

La sensibilité présente quelques troubles au niveau des pieds. Les piqûres sont faiblement perçues sur la face dorsale des deux pieds. Quelquefois, elles ne produisent qu'une sensation légère au moment où elles sont pratiquées, et deux ou trois heures après, le malade ressent aux places où elles ont été faites une véritable douleur qui persiste longtemps. Il y a de l'anesthésie véritable et à peu près complète : 1° au niveau et au pourtour de la cicatrice de l'ancien mal perforant du côté gauche dans un rayon de deux à trois centimètres ; 3° au niveau de la face dorsale des phalangettes des premier et cinquième orteils gauches ; 3° sur toute la pulpe du gros orteil gauche ; 4° au pourtour de la matrice unguéale du troisième orteil droit.

Mort le 17 janvier 1883.

Autopsie. — Dure-mère rachidienne saine. Arachnoïdite de la face postérieure de la moelle dans les deux tiers inférieurs de la région dorsale. Atrophie des racines postérieures au même niveau.

Teinte grise translucide de toute l'aire des cordons postérieurs, très appréciable sur les coupes de la région dorsale de la moelle ; teinte grise limitée aux cordons de Goll dans la région cervicale ; bulbe, protubérance et encéphale sains.

*Poumons* infiltrés de nombreuses granulations tuberculeuses jaunes disposées en grappes péribronchiques. Plusieurs cavernes du volume d'une noix et d'une noisette dans les lobes supérieurs des deux poumons.

Rien de particulier dans le foie et la rate. Cœur normal.

De nombreux fragments de nerfs des pieds, des mains et des membres, et quelques racines rachidiennes ont été recueillis au

moment de l'autopsie et préparés pour l'examen histologique, d'après les procédés précédemment indiqués. A l'examen macroscopique tous les nerfs périphériques paraissent sains. Les racines postérieures de la région dorsale seules sont manifestement altérées : elles sont grisâtres, translucides et beaucoup plus grêles qu'à l'état normal.

Examen histologique. — *Nerfs du membre supérieur droit.*— Le *médian* et le *radial* au niveau de l'extrémité inférieure du bras sont sains. Des fragments de ces nerfs dissociés après l'action de l'acide osmique ne présentent aucune altération notable : les fibres nerveuses, le tissu conjonctif interstitiel, les vaisseaux paraissent tout à fait normaux. Sur des coupes transversales préparées après durcissement dans la solution de bichromate de potasse dans la gomme et l'alcool, on ne distingue aucun faisceau atrophié. Les fibres sectionnées perpendiculairement à leur axe ont partout leur aspect normal ; elles ont toutes conservé leur cylindre axe et leur gaîne de myéline.

La *branche dorsale du radial* à la partie inférieure de l'avant-bras, est profondément altérée. Sur les préparations obtenues par dissociation, après immersion dans l'acide osmique à 1 pour 150, on distingue un grand nombre de fibres nerveuses atrophiées et présentant les apparences décrites dans le type 5. A côté de ces fibres très nombreuses, on aperçoit un certain nombre de fibres saines, avec des gaînes de myéline fortement colorées en noir par l'osmium, interrompues à des intervalles égaux par des étranglements d'apparence normale, possédant dans chaque segment interannulaire un noyau non hypertrophié et traversées par des incisures semblables à celles des fibres nerveuses les plus saines. Entre les fibres complètement atrophiées et les fibres tout à fait saines, on ne trouve pour ainsi dire pas d'intermédiaires. C'est à peine, si de loin à loin on rencontre une fibre altérée selon le type 3. On n'en rencontre pas une seule avec les apparences de la fragmentation en bloc (type 1) ou en boules (type 2), on n'en trouve aucune atteinte d'atrophie avec granulations ambrées (type 4).

Des altérations identiques dans leur nature se rencontrent dans tous les nerfs de la main sur lesquels a porté l'examen. Les seules différences que nous ayons pu reconnaître dans ces différents nerfs, portent sur la proportion relative des fibres saines et des fibres atrophiées. Les branches

terminales des *collatéraux interne et externe dorsal et palmaire* de l'index, renferment une assez grande proportion de fibres saines, à côté de faisceaux de fibres tout à fait atrophiées (type 5). Les *branches palmaires* qui donnent naissance aux collatéraux palmaires de l'index renferment proportionnellement moins de fibres saines que les branches terminales des mêmes nerfs. La grande majorité des fibres est atrophiée. Quelques-unes présentent encore des varicosités remplies de protoplasma et de gouttelettes de volume variable de substance graisseuse colorée en brun-foncé par l'osmium. On y trouve en outre un nombre assez grand de fibres grêles à contours gris-cendré, formées par la juxtaposition bout à bout de segments relativement très courts, et paraissant être des fibres régénérées.

Le nerf *collatéral interne palmaire du pouce* et le *collatéral externe palmaire de l'annulaire* sont beaucoup moins malades que les nerfs de l'index, mais on y découvre cependant quelques fibres atrophiées et quelques fibres variqueuses; toutefois le nombre des fibres altérées est moins considérable que celui des fibres saines. En résumé, altération profonde de tous les nerfs collatéraux de l'index et de la branche dorsale du nerf radial à la partie inférieure de l'avant-bras. Altération légère des nerfs collatéraux du pouce et de l'annulaire. Intégrité des troncs du nerf radial et du nerf médian.

*Nerfs du membre inférieur droit.* — Le *plantaire interne* (fragment pris au voisinage de la cicatrice de l'amputation du gros orteil) est extrêmement difficile à dissocier. Il faut dépenser beaucoup de peine pour séparer les uns des autres les faisceaux nerveux et pour les détacher du tissu conjonctif qui les enveloppe. Une fois isolés et convenablement dissociés, il est facile de reconnaître que ces faisceaux sont presque uniquement composés par des fibres totalement atrophiées (type 5). Les fibres ayant conservé leur gaîne myélinique et leur aspect normal sont extrêmement rares ; il en existe cependant quelques-unes. On voit aussi de loin en loin des fibres fragmentées en boules (type 2), ou variqueuses avec gouttelettes graisseuses (type 3). Aucune ne renferme de granulations ambrées (type 4). En revanche, à côté des fibres complètement atrophiées, il n'est pas rare de rencontrer une ou plusieurs des fibres grêles à segments courts, que nous considérons comme des fibres régénérées.

Dans le *tibial postérieur* (fragment pris au milieu de la jambe) la grande majorité des fibres sont normales. Mais on trouve de loin en loin quelques faisceaux de fibres atrophiées (type 5) ou des petits groupes constitués par quatre ou cinq fibres fragmentées variqueuses (type 3).

Les *nerfs collatéraux du deuxième orteil* sont altérés de la même façon que le nerf plantaire interne, mais à un moindre degré en ce sens que le nombre des fibres saines y est proportionnellement plus considérable.

Les nerfs *sciatique* et *crural* n'ont pas été étudiés.

*Nerfs du membre inférieur gauche.* — Les nerfs *collatéraux internes et externes du gros orteil*, le nerf *plantaire interne* présentent les mêmes altérations que le nerf plantaire interne du côté droit, la plupart des fibres sont atrophiées avec aspect conjonctif (type 5). Dans le *tibial postérieur*, au contraire, la plupart des fibres sont saines, on y rencontre à peine de loin en loin quelques fibres atrophiées (type 5), ou fragmentées en boule (type 2), mais les fibres malades sont en infime minorité.

Les nerfs de la cuisse n'ont pas été étudiés.

*Racines rachidiennes.* — L'examen a porté sur deux paires de racines provenant de la région dorsale supérieure et sur deux paires provenant du renflement lombaire.

Les racines antérieures dorsales sont saines. Les racines postérieures, très diminuées de volume à l'œil nu, sont presque exclusivement composées de fibres nerveuses totalement atrophiées ne présentant plus traces de myéline (type 5); c'est à peine si, dans chaque préparation, on peut trouver de loin en loin une ou deux fibres contenant de la myéline et encore celle-ci est fragmentée en blocs irréguliers. Le reste est uniquement composé de gaînes vides, réunies en faisceaux serrés, légèrement ondulés, de couleur sépia. Les noyaux, assez nombreux, sont peu colorés.

Les racines antérieures lombaires sont tout à fait normales. Les racines postérieures sont loin d'être aussi altérées que leurs congénères de la région dorsale. La plupart de leurs fibres sont revêtues de myéline; mais cette myéline est irrégulière, bossuée, fragmentée en gros blocs. Les noyaux des segments sont en général volumineux. Çà et là, on trouve un certain nombre de gaînes vides isolées ou réunies en minces faisceaux, pâles et renfermant des noyaux nombreux assez fortement colorés par le carmin.

Réflexions. — L'observation que nous venons de rapporter nous paraît extrêmement instructive. Elle nous montre plusieurs troubles trophiques (maux perforants plantaires, dystrophie des ongles des orteils, arthropathie de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index) se développant dans le cours d'une ataxie locomotrice progressive, et l'autopsie permet de reconnaître des altérations profondes des nerfs se distribuant à toutes les parties sur lesquelles siégeaient ces troubles trophiques.

Existe-t-il entre ces deux phénomènes, c'est-à-dire entre les névrites d'une part et les troubles trophiques d'autre part, un rapport de cause à effet ? Cela est vraisemblable ; mais les observations dont nous disposons ne sont pas encore assez nombreuses pour qu'on puisse affirmer d'une façon générale la constance de ce rapport.

Dans tous les cas, s'il est probable que les troubles trophiques sont sous la dépendance directe d'altérations des nerfs correspondants, il est certain que *toutes* les névrites périphériques ne donnent pas nécessairement lieu à des altérations appréciables de la nutrition de la peau, des ongles, ou des tissus sous-jacents.

Dans l'observation qui précède, nous voyons, en effet, que des altérations évidentes des nerfs collatéraux du pouce et de l'annulaire droits n'ont donné lieu à aucun trouble trophique de la peau, ni des tissus profonds des doigts correspondants. Il semble, en d'autres termes, que tous les troubles trophiques soient provoqués par des altérations primitives des nerfs, mais que toutes les altérations des nerfs ne provoquent pas nécessairement des troubles trophiques.

Notons incidemment que, dans l'observation que nous étudions, les névrites révélées par l'examen histologique des nerfs siégeaient exclusivement sur les branches périphériques terminales de certains nerfs, et que les altérations inflammatoires ou dégénératives des fibres nerveuses, ne se propageaient pas uniformément de la périphérie jusqu'à la moelle ou inversement de la moelle jusqu'à la périphérie. La moelle était sclérosée dans certains points : les racines postérieures correspondantes étaient dégénérées, ainsi que les extrémités terminales de certains nerfs périphériques, tandis que les troncs nerveux intermédiaires et les racines antérieures étaient normaux. Nous retrouverons la même distribution dans les observations suivantes qui se rapportent aussi à des cas d'altérations primitives de la moelle, suivies, à un moment donné de leur évolution, de névrites périphériques et de troubles trophiques cutanés.

Observation VIII. — *Mal de Pott. — Abcès par congestion; déviation de la colonne vertébrale sans symptômes de compression médullaire. — En avril* 1882, *myélite aiguë, eschares multiples à développement rapide. — Altération des nerfs périphériques et des racines postérieures correspondantes*[1].

Olivier Marcel, âgé de dix-neuf ans, vernisseur de meubles, est entré à l'hôpital Saint-André, salle XVI, lit 14 (service de M. Pitres), le 28 avril 1882. Jusqu'en 1871, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de neuf ans, il a joui d'une bonne santé. Pas de rachitisme, pas d'antécédents scrofuleux. En 1871, il tomba au fond d'une sablière de dix mètres de profondeur. La commotion fut violente, mais il ne perdit pas connaissance et put rentrer seul chez lui. Quelques mois après cette chute, il commença à ressentir des douleurs qui, partant de la région lombaire de la colonne vertébrale, s'irradiaient en ceinture dans

Observation clinique recueillie par M. Dutil, externe du service.

la direction de l'ombilic et provoquaient une sensation de constriction très énergique sur la partie moyenne de l'abdomen. Tourmenté par ces douleurs, il perdit l'appétit, et l'embonpoint diminua. En 1873, un premier abcès par congestion s'ouvrit sur le côté droit de la colonne vertébrale, à la hauteur de la deuxième vertèbre lombaire : il suppura longtemps et obligea le malade à rester au lit. Cet abcès était à peine tari qu'un second se formait sur le côté gauche de la colonne vertébrale, à la hauteur du précédent. C'est pendant le séjour prolongé au lit, auquel l'obligèrent ses douleurs et ses abcès, que le malade devint bossu. Peu à peu, la région dorsale de la colonne vertébrale s'incurva de façon à former un angle obtus ouvert en avant. Tous ces accidents cessèrent cependant : les abcès se tarirent, les douleurs s'apaisèrent, et, depuis cette époque jusqu'au mois d'avril 1882, Olivier put reprendre ses occupations, travailler à son atelier, et même acquérir, malgré la déviation très marquée de la colonne vertébrale, une certaine habileté dans l'exercice de son métier.

Le 5 avril 1882, il éprouva des fourmillements dans les membres inférieurs, surtout à droite. La marche était gênée, difficile, et la jambe droite pliait souvent sous le poids du corps; cependant Olivier pouvait encore aller à son travail. Mais le 23 avril, en voulant descendre de son lit, il tomba lourdement à terre, et, depuis ce jour, il lui fut impossible de se tenir debout. Le 27 avril, rétention d'urine. Il entre à l'hôpital le 28.

*Etat actuel, le 29 avril* 1882. — Le malade est chétif, amaigri, pâle. Il est toujours couché dans le décubitus latéral droit ou gauche, sa gibbosité l'empêchant absolument de rester dans le décubitus dorsal. Quelquefois il se fait asseoir sur le bord de son lit pour se délasser. — Pas de fièvre. — La colonne vertébrale présente une courbure considérable et régulière formant un angle arrondi, ouvert directement en avant et s'étendant de la quatrième vertèbre dorsale à la deuxième vertèbre lombaire. De chaque côté de la partie inférieure de cette courbure existent les cicatrices des anciens abcès par congestion. La pression sur la ligne des apophyses épineuses est douloureuse seulement au niveau des trois premières vertèbres lombaires. Le thorax est déformé, saillant en avant; le jeu du diaphragme paraît cependant régulier, il n'y a pas de gêne respiratoire.

Le malade se plaint d'une douleur contusive, profonde, qui part de la région lombaire, s'étend vers l'abdomen en longeant les deux crêtes iliaques et s'arrête toujours à douze ou quinze centimètres de la ligne blanche. Cette douleur, qui diffère beaucoup des douleurs constrictives en ceinture autrefois éprouvées par le malade, est continue, mais elle s'exaspère considérablement le soir et la nuit. Elle ne s'étend jamais à la verge. Sur les régions cutanées qu'elle occupe, la peau a ses caractères normaux; elle conserve sa sensibilité à la piqûre, au contact et à la température. Il existe cependant une plaque anesthésique de la largeur de la paume de la main sur la ligne médiane, à la hauteur de la troisième vertèbre lombaire.

Les membres supérieurs ne présentent rien d'anormal. Les membres inférieurs sont paralysés. Quand on les soulève, ils retombent inertes et flaccides sur le plan du lit. Les mouvements volontaires sont impossibles; les réflexes tendineux rotuliens sont abolis et les réflexes au chatouillement de la plante des pieds sont très faibles.

Le malade éprouve depuis quelques jours une sensation permanente de froid dans les deux pieds. Cette sensation est purement subjective, la température de ces parties n'est pas abaissée. La sensibilité des membres inférieurs est abolie au niveau de la face antérieure des genoux et des cuisses et de la face interne des jambes; dans le reste de leur étendue, elle est intacte.

Rétention complète d'urine; la miction n'a lieu que par le cathétérisme. Les urines sont un peu hématiques, d'une odeur fortement ammoniacale, louches, troubles, et renferment une proportion notable de mucus et de pus. — Constipation opiniâtre; depuis dix jours, il n'y a pas eu de garde-robes. Pas d'eschares.

En somme, mal de Pott ancien ayant donné lieu à une déviation très notable de la colonne vertébrale sans accidents de compression médullaire. Dans les derniers jours, symptômes de myélite aiguë; paraplégie avec plaques d'anesthésie cutanée; rétention complète d'urines.

Pendant le courant du mois de mai, l'état d'Olivier ne s'est pas sensiblement modifié. Cependant, dans les derniers jours de ce mois, les membres paralysés deviennent complètement anesthésiques jusqu'au dessus du pubis en avant et de la crête iliaque en arrière. Malgré cette anesthésie, le malade éprouve

des picotements dans les mollets et des sensations de brûlure qui l'exaspèrent à certains moments et deviennent très pénibles. Vers cette même époque, une eschare se forme sur la partie moyenne de la fesse droite, et presque en même temps une deuxième eschare apparaît sur la fesse gauche. Le sacrum présente à peine un peu de rougeur.

Le 13 juin, l'état général est très mauvais ; amaigrissement considérable, perte de l'appétit, frissons, sueurs. Le malade se plaint beaucoup d'élancements douloureux dans les deux jambes et quand on lui demande d'indiquer avec le doigt la direction que suivent ces élancements, il indique exactement le trajet du nerf sciatique. Les eschares fessières mesurent chacune environ six centimètres carrés.

Le 16 juin, une troisième eschare est apparue au niveau de la région trochantérienne droite. Dans le point correspondant du côté gauche, il n'existe qu'un peu de rougeur. Les bords et le fond des eschares fessière et trochantérienne sont insensibles à la pression et à la piqûre, comme tout le reste des membres inférieurs.

Le lendemain, une quatrième eschare apparaît au niveau de la région trochantérienne gauche.

Le 19 juin, les eschares fessière et trochantérienne ont pris un développement énorme. Dans leur fond noirâtre et putrilagineux on aperçoit les muscles dénudés et des lambeaux flottants de tissu fibreux sphacélé.

Le 21 juin, le malade est mourant. Les eschares sont distribuées de la façon suivante : au niveau de la base du coccyx existe une petite ulcération arrondie de trois centimètres de longueur sur deux centimètres de largeur. Au niveau du grand trochanter du côté droit se trouve une énorme eschare de treize centimètres de diamètre, profonde, à bords décollés. Sur la fesse du même côté, on voit une deuxième eschare de sept centimètres de diamètre environ. Sur la malléole externe droite, on remarque une phlyctène reposant sur une surface violacée, comme ecchymotique, de la largeur d'une pièce de 5 francs en argent.

Du côté gauche, les eschares fessière et trochantérienne se sont réunies et forment une vaste plaie au fond de laquelle apparaît l'articulation coxo-fémorale ; les muscles sont détruits et le grand trochanter est à nu. Sur la malléole interne et sur la malléole externe on trouve deux petites ecchymoses viola-

cées de quatre à cinq centimètres de diamètre, sur lesquelles l'épiderme est soulevé par une nappe de liquide séro-sanguinolent. Ce sont évidemment deux eschares au début.

Mort le lendemain 22 juin.

Autopsie. — Les organes thoraciques et abdominaux ne présentent pas d'altérations dignes d'être notées. Le cerveau est rouge et, sur sa surface, on aperçoit quelques plaques hortensia disséminées sur les circonvolutions frontales et sphénoïdales.

Après avoir ouvert le canal rachidien, on voit que la dure-mère est saine dans toute son étendue, sauf au niveau de la partie la plus saillante de la bosse; là elle est en rapport par sa face externe et dans une étendue de sept à huit centimètres avec un amas allongé, de deux centimètres d'épaisseur, d'une matière rougeâtre, molle, se fragmentant facilement et renfermant au milieu d'une substance gélatiniforme de petits amas caséeux dont quelques-uns ramollis ressemblent à de petits abcès (pachyméningite externe caséeuse). Ce tissu adhère fortement à la face externe de la dure-mère rachidienne : il n'a contracté au contraire aucune adhérence avec les os.

La moelle étant enlevée et la dure-mère incisée dans toute sa longueur, on constate que la pie-mère est saine; même au niveau de la plaque de pachyméningite, elle ne présente ni rougeur, ni fausses membranes, ni adhérences. La moelle elle-même a sa consistance normale dans les régions cervicale et lombaire ainsi que dans la moitié supérieure de la région dorsale. La moitié inférieure de la région dorsale, au contraire, est molle, diffluente, d'un blanc éclatant. Sur les coupes fraîches, on remarque, dans les parties supérieures de la moelle, une sclérose très apparente des cordons de Goll. Sur les sections pratiquées dans le renflement lombaire, les cornes grises sont peu distinctes de la substance blanche, et il est évident, à l'œil nu, qu'à ce niveau la structure de la moelle est profondément altérée.

Nous avons recueilli, pour en faire l'examen histologique, des filets cutanés sur les limites des eschares fessières, trochantériennes et sacrées, des fragments des nerfs fessiers et de divers troncs nerveux des membres inférieurs, enfin plusieurs ganglions lombaires et sacrés avec les racines correspondantes. Aucun de ces organes ne paraissait altéré; ils n'étaient ni rouges, ni tuméfiés, ni ramollis; rien ne permettait à l'œil nu de les distinguer de nerfs et de ganglions tout à fait normaux.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — 1° *Nerfs cutanés correspondant aux eschares fessières, trochantériennes et sacrées.* — Toutes les préparations provenant des faisceaux nerveux recueillis dans la peau, au voisinage des eschares précitées, révèlent des altérations profondes des fibres nerveuses. Toutes les fibres qui composent ces faisceaux sont atrophiées, réduites à l'état de gaînes vides et présentent l'aspect de fibres conjonctives (type 5).

La peau de la fesse étant innervée principalement par le rameau fessier du nerf fémoro-cutané, branche collatérale du plexus lombaire, nous avons examiné les racines rachidiennes attenantes aux troisième et quatrième ganglions lombaires droits et gauches. Les fibres des racines antérieures sont toutes absolument saines. Dans les racines postérieures correspondantes, on trouve un bon nombre de fibres avec des fragmentations en blocs de la myéline (type 1). Mais les tubes normaux sont en majorité. Les ganglions eux-mêmes n'ont pas été examinés.

2° *Nerfs fessiers supérieurs droit et gauche.* — Toutes les fibres de ces nerfs sont fragmentées en boules (type 2).

3° *Branches du musculo-cutané et du saphène péronier au voisinage des phlyctènes malléolaires du côté gauche.* — Toutes les fibres provenant de ces nerfs sont altérées, toutes sont atrophiées, à un degré plus ou moins avancé. Les plus nombreuses ne sont représentées que par des gaînes vides colorées en jaune (type 5), les autres contiennent encore quelques granulations ambrées. A ces deux formes dominantes de l'altération vient s'ajouter, sur quelques tubes, la fragmentation de la myéline en fines granulations avec état variqueux (type 3).

4° *Tronc du sciatique poplité externe gauche.* — Toutes les fibres sont encore lésées sans exception, mais moins profondément que les précédentes. L'altération principale y est figurée par les types 2 et 3 qui paraissent exister en égale proportion et à côté desquels on rencontre aussi le type 1 et quelquefois le type 4.

5° *Tronc du sciatique gauche.* — Dans les nombreuses préparations examinées, les tubes nerveux étaient sains et les coupes transversales du nerf faites pour vérification, après durcissement par le bichromate de potasse, n'ont décélé aucune altération appréciable.

6° *Ganglions lombaires et sacrés, correspondant au plexus sacré gauche.* — L'action insuffisante de l'acide osmique n'a pas permis une étude rigoureuse de l'état des fibres nerveuses dans ces ganglions. Les coupes, pratiquées sur ceux de ces organes qui avaient été traités par le bichromate de potasse, n'ont montré aucune modification notable des cellules.

7° *Racines correspondant à ces ganglions.* — Les racines antérieures sont absolument saines. Dans les racines postérieures les fibres de structure normale sont en majorité; quelques-unes cependant paraissent être en voie d'altération manifeste et présentent leur myéline fragmentée en blocs irréguliers (type 1).

8° *Nerfs du membre inférieur droit.*— Les nerfs homologues du côté droit offrent des lésions analogues à celles du côté gauche, mais moins avancées dans leur évolution et surtout moins généralisées à toutes les fibres. Aussi trouve-t-on dans le musculo-cutané et le saphène péronier, un certain nombre de tubes sains et une minime quantité de gaînes vides à côté de fibres où l'altération dominante est figurée par les types 1, 2 et 3. De même, le tronc du sciatique poplité externe n'est que faiblement et partiellement atteint ; le sciatique a paru intact aussi bien sur les préparations à l'acide osmique que sur les coupes après action du bichromate.

9° *Ganglions lombaires et sacrés, correspondant au plexus sacré droit.* —Mêmes observations que pour les congénères du côté gauche.

10° — *Racines correspondant à ces ganglions.* — Les fibres des racines sont en très grande majorité normales; quelques-unes seulement présentent la fragmentation en blocs (type 1). Dans les racines postérieures beaucoup de fibres sont saines, quelques-unes montrent également la fragmentation en blocs.

11° *Nerfs de la queue de cheval.* — Plusieurs de ces nerfs ont été examinés; sur toutes leurs fibres la myéline est encore fragmentée en blocs.

12° Les *racines antérieures et postérieures de la région cervicale,* étudiées par comparaison avec les précédentes, ont paru absolument normales.

Réflexions.— Malgré son apparente complexité l'observation qu'on vient de lire comporte certains enseignements. Elle se résume en somme en ceci : dans le

cours d'une myélite par compression, on voit se développer des troubles trophiques cutanés consistant en eschares sacrées, fessières et trochantériennes, et en phlyctènes, reposant sur une surface violacée, au niveau de la malléole externe droite et des deux malléoles du côté gauche; ces lésions cutanées correspondent à des altérations considérables et relativement très étendues des nerfs périphériques. Les nerfs de la peau au voisinage des eschares de la fesse sont atrophiés et presque complètement détruits. Les filets nerveux recueillis au voisinage des phlyctènes malléolaires sont gravement altérés.

Mais ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans l'état des nerfs périphériques, c'est que l'altération remonte, en s'atténuant, le long des troncs nerveux. Dans les nerfs des membres qui sont plus favorablement disposés pour cette étude, on voit que les rameaux cutanés du musculo-cutané et du saphène péronier sont profondément altérés, que les sciatiques poplités externes sont moins gravement atteints et que les fibres du tronc des sciatiques sont tout à fait normales; de telle sorte que les névrites qui coexistent avec les altérations trophiques de la peau paraissent se développer de la périphérie vers les centres, ou du moins qu'il n'y a pas de continuité apparente des altérations nerveuses depuis les centres jusqu'aux extrémités périphériques.

Nous avons pensé tout d'abord que les résultats de nos examens tenaient à ce que les fibres périphériques altérées étaient pour ainsi dire perdues au milieu des fibres saines dans les gros troncs nerveux des membres. Mais nous avons dû renoncer à cette interprétation.

Nous nous sommes astreints, en effet, à examiner un à un tous les faisceaux du sciatique et du crural. Nous avons pour cela dissocié (un peu grossièrement, il est vrai, car une dissociation délicate aurait exigé plusieurs semaines de travail assidu) chacun des faisceanx constituant le tronc du sciatique et le tronc du crural, sans en excepter un seul, et, dans ces examens multipliés, nous n'avons trouvé aucun faisceau altéré.

Ce n'est pas là évidemment une démonstration absolue, car, dans ces examens rapides et nécessairement incomplets, quelques fibres malades auraient pu échapper à notre attention; mais il faut ajouter que sur les coupes transversales complètes des troncs nerveux durcis par l'immersion successive dans le bichromate de potasse à 2 p. 100, dans la solution de gomme et dans l'alcool, nous n'avons découvert aucune altération appréciable des faisceaux ni des fibres de ces troncs nerveux.

L'étude des racines rachidiennes a fourni, dans le cas qui nous occupe, des résultats analogues à ceux de l'observation VII. Tandis que les fibres des racines antérieures correspondantes aux nerfs altérés étaient presque toutes saines, la plupart des fibres des racines postérieures appartenant aux mêmes paires étaient manifestement altérées.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il est difficile de donner une raison plausible de ces différences entre l'état des racines antérieures et postérieures. Nous nous contentons de signaler le fait sans chercher à l'expliquer. Notons cependant qu'il paraît avoir une certaine fréquence, car il est encore signalé dans l'observation suivante.

OBSERVATION IX. — *Myélite consécutive à une carie des vertèbres cervicales. — Eschare sacrée; début d'eschares aux talons : bulle pemphigoïde sur la face interne du calcanéum gauche. — Dystrophie des ongles des gros orteils. — Altérations des nerfs périphériques*[1].

Rose (Joseph), quarante-deux ans, journalier, est entré le 26 novembre 1882, à l'hopital Saint-André de Bordeaux, dans le service de M. le professeur VERGELY, pour une paraplégie.

Vers la fin de juillet 1882, Rose commença à souffrir de douleurs ayant le caractère de brûlures siégeant entre les deux épaules, s'irradiant dans les deux membres supérieurs et s'accompagnent de soubresauts musculaires des bras et des avant-bras. Ces douleurs revenaient par accès aussi bien la nuit que le jour. Chaque accès durait de un quart d'heure à une demi-heure, et il y avait dix à douze accès par vingt-quatre heures. En même temps les mouvements du cou devenaient difficiles et la tête était maintenue raide, immobile. Un peu plus tard se montra un affaiblissement progressif des membres supérieurs, du tronc, puis des membres inférieurs. Les masses musculaires s'amaigrirent notablement. La paralysie des membres devint complète : rétention d'urines; défécation involontaire.

Le 21 décembre, on constate pour la première fois sur la partie médiane du sacrum une eschare large comme la paume de la main qui s'étend rapidement les jours suivants en surface et en profondeur.

Mort le 1er janvier 1883.

AUTOPSIE le 2 janvier. — Sur le cadavre, nous constatons les altérations cutanées suivantes :

1° Une immense eschare sacrée, médiane, de plus de vingt centimètres de diamètre, ayant mis à nu le sacrum et disséqué les muscles fessiers, à fond irrégulier et sanieux.

2° Une tache brune, d'apparence ecchymotique se trouve au niveau de chaque talon. Au niveau de ces taches, l'épiderme est décollé et enlevé : le derme est à découvert, sans être ulcéré. Chacune de ces taches mesure environ cinq centimètres de diamètre et, en pratiquant une incision, on constate que la teinte brune occupe toute l'épaisseur du derme et du tissu cellulo-

[1] Résumé d'après l'observation clinique communiquée par M. le professeur Vergely.

adipeux sous-dermique jusqu'au calcanéum. Il n'y a pas trace de collection sanguine.

3° Une bulle du volume d'une noisette remplie de liquide séro-sanguinolent existe au niveau de la face interne du calcanéum gauche.

4° Les ongles des deux gros orteils sont épaissis, difformes, et présentent sur leur face supérieure plusieurs stries transversales profondes. Enfin, une toute petite tache brune se trouve à l'extrémité la plus antérieure du gros orteil gauche.

En enlevant la moelle, on constate que les troisième, quatrième et cinquième vertèbres cervicales sont friables, et formées par des trabécules osseuses rougeâtres, baignant dans un détritus puriforme. La dure-mère cervicale est notablement épaissie, tapissée par des fausses membranes grisâtres. Pas d'adhérences avec la pie-mère. Celle-ci est rouge très vasculaire dans ses trois quarts inférieurs. La moelle est diffluente, véritablement liquide dans le point qui correspond aux vertèbres cariées. Au-dessus et au-dessous elle paraît saine. Rien d'anormal dans le bulbe, la protubérance et le cerveau.

Granulations miliaires dans les deux poumons. Épanchement sereux abondant (deux litres environ) dans la cavité pleurale droite. Les autres organes ne présentent rien de particulier.

Un grand nombre de fragments nerveux des divers segments des nerfs du membre inférieur gauche, depuis les collatéraux des orteils, jusqu'aux troncs du sciatique et du crural, et quelques racines rachidiennes lombaires, ont été plongés dans la solution ordinaire d'acide osmique pour être examinées au microscope.

Les nerfs cutanés au voisinage de l'eschare sacrée n'ont pas été étudiés. Nous indiquerons très brièvement les résultats de l'étude microscopique des nerfs du membre inférieur gauche et des racines correspondantes.

Examen histologique des différents nerfs du membre inférieur gauche. — Les *collatéraux du gros orteil* sont profondément altérés. Ils renferment tout au plus un tiers de fibres saines. Plus de la moitié de leurs fibres sont fragmentées en blocs (type 2), ou en boules (type 3), ou complètement atrophiées (type 5).

Les *filets cutanés* recueillis au voisinage immédiat de la bulle malléolaire sont extrêmement difficiles à dissocier. Ils contiennent une énorme quantité de gaînes vides, accolées et adhérentes. Quelques fibres renferment encore de la myéline

fragmentée en blocs ou en boule; mais cette myéline est manifestement altérée: elle s'est colorée en gris terne sous l'influence de l'osmium et il n'est pas vraisemblable que cette coloration soit due à une action insuffisante du réactif, car, de loin en loin, on aperçoit des gouttelettes de myéline ayant pris une belle couleur brune.

Les nerfs *saphène interne et externe* sont peu altérés. La plupart de leurs fibres sont normales. Celles qui sont altérées sont peu nombreuses et présentent des varicosités remplies de noyaux proliférés et de masses de protoplasma finement granuleux enveloppant des gouttelettes graisseuses vivement colorées en noir.

Les nerfs *tibial antérieur et tibial postérieur* présentent les mêmes altérations que les saphènes, peut être même le nombre des fibres altérées y est-il proportionnellement moins considérable.

Les nerfs *crural* et *sciatique* sont parfaitement sains : sur un grand nombre de préparations soigneusement examinées nous n'avons pas rencontré de fibres manifestement altérées.

Dans les *racines antérieures*, la grande majorité des fibres est normale. Çà et là on découvre quelques très rares fibres fragmentées en boules (type 2). Dans les *racines postérieures*, presque toutes les fibres sont fragmentées en boules (type 2).

Réflexions. — Si l'on veut bien négliger les détails pour s'en tenir au fond même des choses, on verra bien vite que cette observation présente avec la précédente d'étroites analogies. Dans les deux cas, il existait une lésion médullaire et une altération évidente des racines postérieures correspondantes. Dans les deux cas, il s'était produit, à un moment donné, plusieurs foyers de névrites périphériques, ayant provoqué l'apparition de divers troubles trophiques cutanés. Dans les deux cas enfin, ces névrites siégeaient exclusivement sur les branches terminales des nerfs : les troncs nerveux intermédiaires et les racines antérieures, étaient demeurés parfaitement indemnes.

Il est assez malaisé de comprendre comment une lésion médullaire peut exercer primitivement son influence sur les terminaisons périphériques des nerfs, en épargnant les troncs nerveux intermédiaires. Il serait assurément plus simple, plus satisfaisant pour l'esprit, d'admettre une propagation continue de l'inflammation de la moelle aux racines, des racines aux troncs nerveux et des troncs nerveux aux terminaisons périphériques. Mais l'étude des faits ne permet pas d'accepter cette hypothèse. Nous serions très disposés à penser que la lésion centrale est une condition prédisposante et non pas une cause immédiate des névrites périphériques qui se montrent dans le cours des affections des centres nerveux.

Dans cette hypothèse, la lésion centrale modifierait l'état de la nutrition des nerfs périphériques, mais ne serait pas suffisante par elle-même pour produire nécessairement des altérations inflammatoires ou dégénératives des nerfs périphériques. Ces altérations se produiraient sous l'influence immédiate de conditions accessoires accidentelles, telles, par exemple, que la compression qui s'exerce au niveau du sacrum, des fesses, des talons, des malléoles, c'est-à-dire dans les points où se développent presque toujours les troubles trophiques cutanés consécutifs aux affections cérébrales ou médullaires. Quoi qu'il en soit, il y a une différence radicale entre la marche centripète des névrites spontanées, liées aux affections cérébrales ou médullaires, et les dégénérations wallériennes centrifuges qui surviennent consécutivement aux sections transversales des nerfs.

## III

Les observations qu'on vient de lire sont trop peu nombreuses pour qu'on puisse en tirer des conclusions générales : il est possible d'en dégager cependant quelques enseignements qu'il n'est pas inutile de signaler brièvement.

Elles prouvent tout d'abord que la névrite périphérique non traumatique est une affection relativement commune, puisque, dans un laps de temps restreint, et dans un service d'une activité moyenne, nous avons pu en réunir neuf observations. Mais elles montrent aussi que ces névrites ne produisent pas de désorganisation apparente à l'œil nu, des filets nerveux sur lesquels elles siègent, de telle sorte que, pour les reconnaître, il est nécessaire de se livrer à une étude patiente et attentive. L'examen macroscopique est insuffisant dans la plupart des cas pour en révéler l'existence, et, pour apprécier exactement l'état d'intégrité ou d'altération des tubes nerveux, il faut de toute nécessité recourir à un examen microscopique régulier.

Les altérations qui caractérisent les névrites non traumatiques sont des altérations parenchymateuses. Elles portent exclusivement, au moins à leur début, sur les tubes nerveux eux-mêmes. Le tissu conjonctif reste normal pendant un temps relativement long; il ne s'épaissit que lorsque la névrite a déjà détruit ou profondément altéré les tubes nerveux eux-mêmes.

Il y a de grandes analogies apparentes entre les altérations nerveuses que nous avons observées et les

dégénérations wallériennes. Toutefois, il n'y a pas entre les deux processus une identité complète. Tandis que les dégénérations wallériennes ont une évolution régulière, dont les phases se succèdent à des intervalles connus et parfaitement déterminés par l'expérimentation, les névrites ont, au contraire, une marche extrêmement variable. Elles peuvent, en quelques jours, en quelques heures, amener une destruction complète des tubes nerveux ou durer, pour ainsi dire, indéfiniment dans un même nerf. D'autre part, tandis que les dégénérations wallériennes ont toujours une marche centrifuge, les névrites peuvent prendre naissance dans les extrémités périphériques des nerfs, s'étendre, en s'atténuant, dans les branches nerveuses voisines de ses extrémités et disparaître totalement dans les troncs nerveux; elles paraissent ainsi avoir une marche ascendante centripète. Même dans les cas où ces névrites paraissent liées à des altérations primitives des centres nerveux, nous n'avons pas trouvé d'altérations continues, entre la moelle et les nerfs altérés. Entre l'altération centrale et l'altération des nerfs périphériques, les troncs nerveux étaient sains et présentaient toutes les apparences de l'état normal.

Toutes les névrites périphériques ne donnent pas lieu à des troubles trophiques ou sensitifs appréciables. Ces troubles n'apparaissent probablement que lorsque la proportion des fibres altérées est assez considérable. Ils varient du reste, dans leur nature, selon la fonction des nerfs altérés et selon les degrés de l'altération. Ce sont, selon les cas, des eschares rapides (Obs. I, II, III, VIII, IX), des ulcérations n'ayant pas de tendance à la guérison (Obs. V), des éruptions

vésiculeuses d'herpès (Obs. IV) ou de bulles pemphigoïdes (Obs. IX), des maux perforants plantaires (Obs. VII), des œdèmes chroniques et durs (Obs. VI), des arthropathies (Obs. VI, VII), des dystrophies des ongles (Obs. VII, IX). Le plus souvent, ces troubles trophiques s'accompagnent d'anesthésie locale des téguments, ou du fond des ulcérations; mais cela n'est pas constant : la peau qui recouvrait les articulations affectées d'arthropathies dans l'observation VI ne présentait pas de troubles appréciables de la sensibilité.

Telles sont les conclusions principales qui nous paraissent ressortir de l'étude de nos observations. Nous n'entrerons pas dans de plus longs développements, désireux que nous sommes de n'aborder, pour le moment, aucune question historique ou théorique, et de laisser à notre travail le caractère d'un simple recueil de faits.

---

# CLINIQUE NERVEUSE

---

## DE LA CÉPHALÉE DES ADOLESCENTS[1];

Par le Dr Théodore KELLER.

Le caractère de parité que nous avons constaté pour la marche de la maladie, nous le constaterons de même

[1] V. le n° 16, p. 1.

pour le siège et la nature de la douleur. Nos jeunes malades ont été unanimes à la localiser dans la région frontale. Ils ne se sont jamais plaints de la partie occipitale de la tête et rarement des régions latérales. La plupart indiquaient une place nettement limitée à la partie antérieure du front et qui s'étendait tout au plus jusqu'à la naissance des cheveux. L'un d'entre eux nous a même dit que la douleur occupait une place grande comme une pièce de cinq francs. Ces jeunes malades étaient du reste faciles à interroger; ils se rendaient, en général, très bien compte de leurs sensations et s'expliquaient d'une façon très précise. Sur la nature de leurs douleurs, les renseignements qu'ils nous ont donnés n'ont pas été moins concordants. Presque tous souffraient, dans l'acception réelle du mot, si nous pouvons nous exprimer ainsi. Ils employaient, pour définir leurs sensations, des expressions imagées et vives; ils parlaient d'élancements, de tenaillement, de morsure, de dilacération dans la profondeur. Cette intensité des sensations n'existe pas, comme on sait, dans beaucoup d'autres formes de céphalalgies, et notamment dans celles liées aux états névropathiques ordinaires où les malades n'accusent le plus souvent que des sensations vagues et diffuses. Quand l'affection était arrivée à son degré le plus élevé, nos jeunes malades portaient d'ailleurs sur leur visage la marque de leur souffrance. Ils avaient les traits contractés, les yeux étaient cernés et un voile de tristesse était habituellement répandu sur toute leur physionomie.

Le diagnostic différentiel de cette affection ne nous paraît pas difficile à établir. Aucun de nos malades ne

sentait la douleur à la pression sur le trajet des rameaux nerveux de la région; nous n'avons donc point eu affaire à une névralgie. Ce n'était pas davantage une migraine, car la douleur n'était pas unilatérale, elle ne se propageait pas aux yeux et ne s'accompagnait que par exception de troubles de l'estomac. La migraine ne procède d'ailleurs que par accès; elle n'a pas la continuité de cette céphalée. L'affection qui, en apparence, s'en rapprocherait le plus serait l'asthénopie sous ses différentes formes. Mais nos jeunes malades ne se plaignaient pas des yeux; leur vue ne se troublait pas quand ils s'appliquaient, la grande lumière ne les incommodait pas particulièrement; la douleur de tête persistait malgré le repos le plus complet des yeux; enfin, quelques-uns d'entre eux avaient consulté des spécialistes distingués qui, après mûr examen, avaient déclaré ne pouvoir rattacher leur état à un trouble de l'accommodation. Pour quelques-uns de nos malades, les parents et même certains de nos confrères avaient craint un moment l'imminence d'une méningite ou de quelque autre affection grave du cerveau. Si de pareilles craintes peuvent exister tout au début de l'affection, surtout quand elle fait son apparition brusquement, l'observation plus rigoureuse des symptômes et la marche de la maladie suffiront pour les dissiper.

Nous avons en somme affaire à une névrose douloureuse du cerveau. Voyons si nous pouvons lui donner quelque explication. Nos connaissances physiologiques et anatomo-pathologiques ne nous permettent que des conjectures sur l'état des centres nerveux. Chaque fois qu'il s'agit de troubles purement fonctionnels.

S'il était bien démontré que les modifications de la circulation dans le cerveau suffisent à elles seules à provoquer des manifestations douloureuses semblables à celles que nous étudions, nous supposerions volontiers avoir affaire à une hyperémie de cet organe. Nous savons, en effet, qu'il existe une prédisposition toute particulière à la congestion des centres nerveux chez les enfants et chez les adolescents. Nos malades se plaignent d'ailleurs souvent de chaleur à la tête; ils ont la face congestionnée, les oreilles rouges; ils ressentent par moments des battements dans le cerveau et ont les extrémités froides. Ils fuient les appartements chauffés; ils se plaisent au grand air, surtout quand le temps est frais. Il est vrai que, d'autre part, l'acte de se pencher, de tousser, de faire des efforts n'aggrave pas leurs douleurs, comme on l'observe dans les états congestifs du cerveau plus franchement caractérisés. La localisation de la douleur limitée à une seule et même région, est aussi difficile à expliquer, dans un état purement hyperémique. Il nous semble donc que c'est dans un processus plus intime que nous devons rechercher la cause de cet état cérébral. Ceci nous amène à parler de l'étiologie de l'affection.

Chez les parents de plusieurs de nos enfants, la diathèse arthritique était indéniable. Eux-mêmes ont présenté dans le cours de leur maladie ou auparavant des manifestations rhumatismales. M. Charcot nous a dit avoir souvent constaté la coexistence de cette diathèse dans les cas qu'il a observés. On sait, du reste, combien les céphalalgies, sous toutes leurs formes, sont fréquentes dans les races goutteuses. Mais, pour certains

de nos malades, ce vice constitutionnel n'existait ni chez eux ni chez leurs antécédents. Nous ne rencontrons pas non plus de prédisposition nerveuse congénitale. Les parents de nos enfants n'ont eu ni affection organique des centres nerveux, ni état névropathique qui mérite d'être signalé. Que d'enfants sont d'ailleurs rhumatisants ou nerveux, et combien peu en proportion sont atteints de cette céphalée ! L'origine du mal n'est donc pas là exclusivement.

Quand le mal débute, nos jeunes malades sont tous, on le remarquera, à l'âge où la croissance et le développement de tous les organes prennent une intensité nouvelle sous l'influence de la puberté qui approche. A ce moment de la vie, comme l'ont établi tous les médecins [1] qui se sont surtout voués aux maladies de l'enfance, il existe dans l'organisation une vulnérabilité toute spéciale pour certaines affections aiguës et chroniques. C'est ainsi que l'on voit apparaître à cet âge les premières manifestations de l'hystérie, l'épilepsie, les tics, la tuberculose, la chorée, la chlorose, et, dans l'ordre chirurgical, les déviations de la taille, la tarsalgie, les exostoses, l'ostéite épiphysaire [2], etc., etc. Cette sensibilité de l'organisme a bien certainement des causes complexes ; mais la plus évidente nous paraît être celle qu'a signalée M. le professeur Bouchard [3], à savoir, la déséquilibration qui peut se ma-

[1] Voir Ducamp. — *Des maladies de croissance*, 1823.
Régnier. — *Maladies de la croissance*. Thèse de Paris, 1860.
Richard (de Nancy). — *Traité des maladies de l'enfance*.
Jules Simon. — *Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies de l'enfance*, p. 110.
Foussagrives. — *Hygiène de l'enfance*.

[2] Gosselin. — *Clinique chirurgicale de la Charité*, t. Ier.

[3] Bouchard. — *Des maladies par ralentissement de la nutrition*, p. 37.

nifester à cet âge entre l'apport nutritif et les frais considérables auxquels est soumis le corps sous l'influence de la croissance juvénile. Plusieurs de nos jeunes malades souffraient bien certainement dans leur nutrition générale, quand il nous a été donné de les voir pour la première fois ; ils grandissaient rapidement, ils se fatiguaient facilement, ils étaient pâles et anémiques. Chez d'autres, de pareils troubles étaient moins manifestes. Mais pourquoi le processus n'affecterait-il pas certains organes à l'exclusion des autres? Ne voit-on pas tous les jours des malades souffrir d'affections du système nerveux, sans qu'ils aient rien perdu des apparences de la santé ?

Rien ne défend donc d'admettre que, chez nos adolescents, le cerveau s'est trouvé modifié sous l'influence de la croissance et en vertu de quelque idiosyncrasie particulière. En acceptant cette explication, on comprendrait mieux le fait important de la localisation de la douleur dans la région frontale. Nous savons, en effet, qu'il existe une certaine indépendance fonctionnelle entre les différents territoires du système nerveux central et notamment les circonvolutions cérébrales. Nous savons ainsi que les facultés importantes de l'attention et de la concentration de la pensée résident dans les lobes frontaux. Or, à l'âge qu'ont nos enfants, ce sont ces fonctions qui sont le plus mises à l'épreuve. Ils ont terminé leur première instruction et commencent à être soumis au programme universitaire, lequel, on ne l'ignore pas, leur impose de grands efforts et surcharge lourdement leur bonne volonté. Qu'est-ce que le travail intellectuel de l'enfant, si ce n'est l'exercice continuellement répété de l'atten-

tion et de la réflexion? Il n'y a donc rien de bien étonnant à ce que les régions où siègent ces facultés puissent souffrir chez eux plus spécialement.

Du reste, nous ne prétendons pas qu'entre le mal de tête et l'application du cerveau il y ait une relation absolue. Comme nous l'avons établi plus haut, la céphalée peut faire son apparition d'une façon absolument brusque, sous l'influence de causes accidentelles, indépendantes de toute contention d'esprit. De même nous voyons que, chez la plupart de nos jeunes malades, la douleur persistait souvent dans le repos intellectuel le plus parfait et que, guérie momentanément, elle peut reparaître dans une période de même repos. Tel a été le cas de D... qui, par deux fois, a pu se croire débarrassé du mal et qui en a été repris dans les conditions les meilleures, en apparence, d'hygiène physique et intellectuelle[1]. De ce que la céphalée peut exister en dehors de toute contention d'esprit, il n'en faudrait cependant pas conclure que celle-ci ne joue aucun rôle dans la maladie. Nous nous rappelons, en effet, que, chez la plupart de nos jeunes malades, les douleurs se manifestent pour la première fois vers la fin de l'année scolaire, à l'époque où le travail devient plus difficile et plus soutenu pour les examens qui approchent. Tous essayent de conti-

[1] Voici la suite de l'observation de D... Au mal de tête s'ajouta au bout de peu de jours un état de malaise général avec anorexie, abattement, frissons erratiques qui firent craindre le début d'une fièvre typhoïde. Mais l'observation thermométrique ne permit de constater aucune élévation de température. Dans ces conditions, M. Bucquoy conseilla de suspendre momentanément l'hydrothérapie. Quelques semaines plus tard, l'enfant étant allé passer quelques jours à Fontainebleau avec son père, il s'y sentit si bien qu'on résolut de l'y laisser chez un garde. Il y est resté tout ce printemps, prenant beaucoup d'exercice dans la forêt; ses douleurs de tête ont disparu, mais il ne peut pas encore s'appliquer à l'étude.

nuer leurs études, et ils le peuvent, en effet, au début; mais tous voient leurs maux de tête augmenter en raison même des efforts qu'ils font, et ils sont forcés, après un certain temps, d'abandonner leurs études ou de les restreindre dans des proportions considérables. Quand l'affection est arrivée à son apogée, ce n'est pas seulement le labeur scolaire qui exaspère le mal, c'est alors la lecture, même celle dite de délassement; c'est l'audition d'un récit, une simple conversation, l'acte de réfléchir lui-même, en un mot, tout ce qui éveille l'attention, tout ce qui met en mouvement l'élaboration directe de la pensée. L'influence du travail intellectuel est donc des plus évidentes : il entretient et aggrave le mal de tête. Il y a là une sorte d'action en retour du mal sur lui-même. La douleur est, du reste, toujours moindre au matin, après le sommeil; elle reprend dans la matinée, surtout quand l'enfant s'applique; s'il fréquente l'école, c'est vers le soir qu'il souffre le plus.

On pourrait croire qu'il y a chez nos jeunes malades une faiblesse congénitale des facultés intellectuelles, laquelle les rendrait plus accessibles aux affections du cerveau. Il n'en est rien. Enfants, ils ont tous montré, sauf une exception, une intelligence ordinaire; bien plus, quelques-uns étaient même particulièrement bien doués et occupaient les premières places parmi leurs condisciples[1]. On n'est pas en droit non plus d'incriminer, chez eux, la mémoire, qui reste, en général, bonne malgré la maladie. D'ailleurs, aussitôt rétablis,

[1] En témoignage de ce fait, nous pouvons dire que deux de nos confrères les plus distingués, qui sont actuellement médecins des hôpitaux, ont souffert de cette affection pendant plusieurs années de leur enfance.

ils regagnent le temps qu'ils ont perdu et reprennent à l'école le rang auquel ils peuvent prétendre par leur âge. On ne peut pas davantage leur reprocher une mauvaise volonté: ils sont soumis et désireux de bien faire. La plupart sont fort humiliés de rester inactifs à l'âge où tous leurs camarades travaillent; tous ne demandent qu'à continuer leurs études et à s'acquitter de leurs devoirs.

On a remarqué qu'une seule de nos observations concernait une fille. La maladie paraît, en effet, n'atteindre que rarement ce sexe. Plusieurs médecins, auprès desquels nous avons cherché des renseignements, nous ont assuré avoir souvent vu l'affection chez des garçons, mais non chez des jeunes filles. Seul M. H. Guéneau de Mussy nous a dit avoir observé un cas. La raison de ce fait nous échappe. On ne peut guère l'imputer aux habitudes intellectuelles, car on sait que de nos jours, les jeunes filles font des études presque aussi laborieuses que celles des garçons.

Nous signalerons, en passant, la différence qui existe entre cette céphalée et les symptômes d'une affection des adultes qui devient de plus en plus commune, notamment chez les Américains. Nous voulons parler de la névrasthénie, ou plutôt, de la parésie cérébrale, une des formes de cet état. Grâce à M. Charcot principalement, nous avons eu l'occasion d'étudier bien des fois cette affection pendant ces dernières années. Dans presque tous les cas que nous avons vus, il n'existait pas de vraies douleurs; les malades se plaignaient d'éprouver à la tête une sensation de compression qui siégeait surtout à la région occipitale et s'irradiait vers les tempes; ils n'accusaient point de douleur au front. Ils

ne pouvaient ni écrire, ni lire, ni s'occuper de leurs affaires ; mais c'était bien plutôt par une sorte d'incapacité cérébrale qu'en raison des souffrances occasionnées par le travail. Cet état est dû le plus souvent à des fatigues intellectuelles excessives. Mais c'est un fait curieux de constater combien, pendant ces deux périodes de la vie, les sensations se localisent dans des régions différentes, et combien elles revêtent un caractère dissemblable. Il semblerait que le cerveau de l'enfant s'irrite douloureusement avec plus de facilité que celui de l'adulte.

Si l'affection est réellement en rapport avec la croissance, elle a chance de guérir spontanément au moment où l'organisme a parfait son développement, ou même auparavant, en vertu d'efforts effectués par la nature pour rétablir l'équilibre rompu pendant un temps par ce travail physiologique. Les choses paraissent, en effet, se passer ainsi le plus souvent. Ceux de nos confrères qui ont été à même d'observer quelquefois cette affection, dans tout son cours, nous ont dit l'avoir vu s'épuiser, en général, vers la vingtième année. Selon M. Charcot, cette guérison s'effectuerait souvent pendant le volontariat. Nul doute que le changement de vie, auxquel sont alors soumis les jeunes gens, n'ait sa part dans cette guérison. Il est aussi certainement des cas légers, où le mal ne fait, pour ainsi dire, qu'effleurer l'adolescent ; l'observation VI est peut-être un de ces cas. Mais, par contre, il en est d'autres où l'affection est réellement tenace. Quelques-uns de nos jeunes malades souffraient depuis plusieurs années quand nous avons été appelés à les soigner. B... a atteint aujourd'hui sa vingt-troisième année et il est encore

dans le même état qu'il y a cinq ans, à l'époque où il nous fut adressé.

De même, un de nos amis, autrefois professeur dans un lycée de province, nous a cité l'exemple d'un enfant qui dut quitter le lycée à l'âge de treize ans pour des douleurs de tête de cette nature. On essaya de lui donner l'instruction à la maison, et ce fut notre ami qui fut chargé de cette tâche. Mais, au bout de peu de temps, il dut l'abandonner, l'enfant étant incapable de fournir aucun travail sérieux. Le père, désolé, fut obligé de renoncer complètement à l'idée de lui faire terminer son instruction et le voua à l'agriculture. Le jeune homme est âgé aujourd'hui de vingt-cinq ans, et, malgré la vie en plein air et le repos d'esprit auquel il s'est assujetti, il n'est pas encore débarrassé de ses douleurs.

Que la maladie puisse d'ailleurs guérir ou non par le seul progrès du temps, il n'en importe pas moins d'en délivrer l'enfant au plus vite, puisque, d'une part, elle le fait souffrir, et que, d'autre part, elle compromet son instruction. Voyons donc quels sont les moyens que l'on peut lui opposer.

Il n'y a pas à compter sur l'effet des médicaments. Nos jeunes malades les avaient essayés presque tous sans résultat. Le repos absolu de la tête, le grand air soulagent les malades, et peuvent même les guérir, quand l'affection est légère. Mais, comme l'attestent plusieurs de nos observations, tout cela est insuffisant dans les cas plus graves. La mer, les eaux minérales ont une action plus sensible. Ragatz a produit une amélioration, à deux reprises, chez le malade du Dr Blache. M. Bucquoy nous a dit avoir constaté les

bons effets des eaux de Saint-Nectaire. Son jeune client a été affranchi de ses douleurs durant tout le temps qu'il a séjourné dans cette station. Toutefois, il a été repris par le mal aussitôt qu'il en est revenu. Il est, du reste, compréhensible que les eaux thermales, elles aussi, n'aient pas une complète efficacité dans une affection de cette nature, où la cause, par moments assoupie, a une tendance incessante à se réveiller sous chaque nouvel effort de la croissance. C'est donc à une médication dont les effets puissent être dosés et soutenus plus sérieusement qu'il faut avoir recours, et celle qui remplira ces conditions le plus avantageusement nous paraît être l'hydrothérapie. Par la complexité de son action, elle répondra à toutes les exigences de l'état de nos malades. Par sa puissance reconstituante, elle relèvera les fonctions nutritives de l'organisme; par son action spécifique sur le système nerveux, elle modifiera directement l'innervation; enfin, par son action vasomotrice et révulsive, elle pourra avoir son utilité pour modifier la circulation cérébrale. L'expérience démontre la vérité de ces principes. Nos observations prouvent, en effet, que nous avons toujours pu soulager rapidement les malades qui nous ont été confiés et que nous avons réussi dans presque tous les cas à les mettre à même de reprendre leurs études interrompues, ce qui est, en somme, le résultat essentiel à acquérir.

Il serait trop long de dire ici comment nous avons appliqué le traitement à chacun de nos jeunes malades. Nous sommes de ceux qui estiment que l'hydrothérapie ne saurait être une médication à formules toutes préparées d'avance, comme on est trop souvent porté à le

croire. On a vu, par nos observations, que plusieurs de nos jeunes malades, qui s'étaient adressés à des établissements non médicaux, s'en étaient mal trouvés. On confiera donc ces sortes de traitements à des médecins consciencieux et expérimentés et on ne les laissera pas aux soins d'un personnel ignorant de la médecine et par cela même incapable et inhabile.

En principe, comme c'est l'action tonique de l'hydrothérapie que l'on aura à rechercher dans presque tous les cas, c'est aux applications froides que l'on aura recours, sauf contre-indications tirées des cas particuliers. Parmi les procédés à mettre en usage, ce sera la douche mobile en jet brisé à laquelle nous donnerons la préférence. Cette forme de douche, à la propagation de laquelle M. le professeur Charcot a tant contribué, et qui pourrait être appelée française, aussi bien par l'emploi spécial qu'elle a dans notre pays que par les services qu'elle y rend, est, en effet, celle qui peut être maniée avec le plus de facilité et le plus de légèreté. C'est celle qui répondra le mieux aux exigences de ces traitements qui sont parfois fort délicats, surtout dans les débuts.

Le traitement sera toujours de longue durée. Ceux de nos malades qui l'ont interrompu trop tôt ont été repris de leurs maux de tête. Au contraire, ceux qui ont persévéré ont, en général, évité ces retours. Au commencement de la cure, on fera cesser tout travail de tête, pour placer l'enfant dans les meilleures conditions possibles. Plus tard, on pourra mener ensemble les études et le traitement. Enfin, une fois remis, le jeune garçon sera soumis encore de temps en temps au traitement pour assurer sa guérison.

Les observations que nous venons de rapporter se ressemblent toutes tellement qu'il nous paraît superflu de démontrer que, dans tous ces cas, nous avons eu sous les yeux une même et unique affection. Si quelquefois nous avons insisté un peu longuement sur les détails, dans l'exposé des faits, c'était précisément pour bien mettre en lumière cette grande analogie. Voyons maintenant en quoi consiste cette affection singulière qui est peut-être moins rare qu'elle ne pourrait le paraître au premier abord, puisque, dans notre seule pratique personnelle, il nous a été donné d'en observer une dizaine de cas, pendant un nombre d'années relativement restreint.

C'est ordinairement vers l'âge de neuf ou douze ans que nos jeunes malades ont commencé à se plaindre de la tête. Jusque-là ils avaient tous une santé assez bonne. Quelques-uns avaient été un peu délicats dans leur première enfance, mais aucun d'entre eux n'était plus particulièrement sujet à la céphalalgie.

La marche de la maladie a été la même dans presque tous les cas. Nos jeunes garçons ont accusé d'abord des maux de tête passagers, auxquels ils n'accordaient qu'une attention relative et qui ne les empêchaient pas de continuer leurs études; mais bientôt ces maux de tête sont devenus plus fréquents, plus tenaces, et ils forçaient l'élève à interrompre par intervalles ses classes. Finalement ils se sont établis, dans la plupart des cas, d'une façon si persistante, et se sont aggravés tellement qu'ils ont obligé nos jeunes gens à suspendre presque complètement tout travail intellectuel, et cela pendant un temps en général fort long. Chez deux de nos malades, le début de l'affection a été au contraire tout

a fait brusque. Elle est survenue sous l'influence d'une cause accidentelle, un embarras gastrique ou un refroidissement. Cependant, chez un seul d'entre eux, le jeune C..., la douleur s'est établie d'emblée et a persisté avec l'intensité et les caractères qu'elle devait conserver pendant le reste de la maladie. Chez le second, les symptômes ont disparu au bout de peu de jours; ce n'est que plusieurs mois plus tard que la maladie s'est de nouveau manifestée; mais, cette fois, pour suivre la marche lentement progressive qu'elle a présentée dans l'ensemble des autres cas et qui nous paraît devoir être la règle.

---

# RECUEIL DE FAITS

---

## ENCÉPHALITE PARENCHYMATEUSE LIMITÉE DE LA SUBSTANCE GRISE, AVEC ÉPILEPSIE PARTIELLE (*Jacksonienne*) COMME SYNDROME CLINIQUE; par M. S.-F. Danillo.

(Laboratoire de la Clinique des maladies du système nerveux de M. Charcot.)

Nous nous proposons de décrire ici les résultats de l'examen histologique du cerveau d'une malade, morte dans le service de M. Charcot, en présentant les phénomènes pathologiques susmentionnés.

N'ayant pas à nous occuper de la clinique de ce cas, nous nous bornerons à en mentionner les points les plus importants en donnant un court extrait des observations qui en ont été prises par MM. les Drs Ballet et Féré. (Salle Duchenne, de Boulogne.)

Quant aux altérations anatomiques qui seront l'objet de notre étude, elles nous paraissent présenter certaines particularités qui nous autorisent, croyons-nous, à les envisager comme une entité anatomo-pathologique spéciale et à les désigner sous le nom placé en tête de notre mémoire.

Comme données cliniques, les faits principaux sont les suivants :

La nommée F..., âgée de vingt-deux ans, est entrée dans le service de M. le professeur Charcot le 23 mars 1882, affectée d'attaques d'épilepsie partielle gauche.

L'attaque commence toujours par une *aura* sensitive (douleur au creux épigastrique), passe ensuite à l'épaule gauche et suit ce bras jusqu'aux extrémités digitales. Les convulsions commencent par le bras gauche; les doigts se ferment et se contractent en formant une sorte de griffe. Au début de l'attaque, les yeux se tournent vers la droite et en haut; la face se porte à gauche, ainsi que la langue qui dévie vers ce côté. On observe ensuite des battements des paupières avec contraction de la pupille. Les membres inférieurs sont en extension et la jambe gauche est agitée, ainsi que le bras, de trépidations, avec abduction consécutive du pied. A la suite des attaques, la face se couvre de sueur; il ne se produit jamais de perte de connaissance ni pendant, ni après les attaques, qui sont suivies d'une paralysie flasque du bras et de la jambe gauches, qui n'est pas toujours constante, mais qui survient surtout après les crises d'attaques multiples. Cette paralysie se manifeste également à la face; la bouche est alors tirée vers la droite et en haut, l'ouverture palpébrale gauche est plus grande que la droite, le sillon naso-génien est plus effacé à gauche. S'il se produit un intervalle de trente à quarante-cinq minutes entre les attaques, la paralysie faciale disparaît; mais celle des membres du côté gauche persiste pendant toute la période des attaques pour ne cesser que quelques jours après la fin d'une de ces périodes d'attaques convulsives.

La première attaque a eu lieu à l'âge de cinq ans, sans prodromes; elles ont persisté pendant plusieurs mois, se produisant d'abord jusqu'à cinquante fois par jour et descendant ensuite de vingt à six. Elles ont cessé vers six ans pour reparaître à dix ans, pendant six semaines environ, où elles ont été suivies d'une période de calme de huit mois.

A cette époque, nouvelles séries d'attaques, à la suite des-

quelles la malade est entrée à la Salpêtrière où elle est restée deux ans. Pendant ce temps, trois séries d'attaques, avec six mois d'intervalle entre chacune d'elles. Étant sortie, elle a, pendant quatre mois, une nouvelle série d'attaques de même force et de même fréquence. A l'âge de seize ans, après un repos de huit mois, elle entre à l'hôpital Saint-Antoine à deux reprises différentes, puis est admise à l'Hôtel-Dieu. Enfin, ainsi que nous l'avons indiqué ci-dessus, elle est placée en dernier lieu dans le service de M. le professeur CHARCOT.

La température normale du sujet oscille de 37° à 37°,5 pour s'élever à 38°,5 et 39°,4 pendant les attaques.

La dernière série d'attaques a commencé à la clinique, le 19 octobre 1882, par les phénomènes déjà énoncés; puis elles sont devenues de plus en plus fréquentes, accompagnées d'hallucinations terrifiantes. Du 29 au 30 octobre, la malade a eu cent seize attaques diurnes et cinquante-huit nocturnes. Le 5 novembre, elle est dans le coma, avec température de 38°,3, précédant de trois jours la mort qui survient le 8 novembre.

A l'autopsie du cerveau, les principales données notées par M. Féré sur le cahier anatomo-pathologique de la clinique, d'où nous les reproduisons, sont les suivantes :

*Encéphale* : poids total, 1,380 grammes; hémisphère droit, 675 gr.; hémisphère gauche, 547 gr. *Cervelet* : lobe droit, coupé au ras de la protubérance, 62 gr.; lobe gauche, 51 gr. L'hémisphère droit est plus volumineux. La tuméfaction du lobe droit est plus prononcée dans la région frontale. La cavité arachnoïdienne ne contient pas de liquide. La tuméfaction de l'hémisphère droit, plus prononcée dans le lobe frontal, se fait aussi sentir dans les lobes sphénoïdal et occipital. Le lobe droit a, en quelque sorte, pénétré dans le lobe gauche. En arrière, cependant, l'adhérence est beaucoup moins marquée entre les deux hémisphères et on peut facilement faire pénétrer le doigt, par la scissure longitudinale, jusqu'au corps calleux. En enlevant la pie-mère du côté droit, on endommage la substance cérébrale. Les circonvolutions sont tassées et pâles, comme dans l'hémorrhagie cérébrale.

Dans l'hémisphère droit, au fond du sillon qui sépare la première frontale de la deuxième, immédiatement en avant de la coupe pédiculo-frontale, on trouve un épaississement de la substance grise qui se trouve au voisinage des centres moteurs, mais ne les intéresse pas. On remarque un contraste

entre la substance grise des circonvolutions du côté droit et du côté gauche. Du côté droit, elle paraît être plus pâle, plus épaisse que de l'autre côté, présentant en même temps un aspect lardacé[1].

Ayant fait, d'après le conseil de M. Charcot, des mensurations exactes de la partie épaissie de la couche de la substance grise qui tapisse le sillon entre les deux circonvolutions (première et deuxième frontales) de ce côté et les autres parties de l'écorce grise, et en les comparant avec des endroits identiques de l'hémisphère gauche, nous avons pu constater les résultats suivants :

L'épaisseur de la substance grise du fond du sillon entre les deux circonvolutions du côté droit est égale sur coupe à sept à huit millimètres, tandis que, du côté gauche, elle n'a que trois à quatre millimètres dans le même endroit. Les deux branches qui forment les parois du sillon font saillie de trois millimètres environ au-dessus du niveau de la substance blanche sous-jacente. Au contraire, sur l'hémisphère gauche, la surface de la coupe des deux substances (grise et blanche) ne présente pas de différence sur ce point.

Les dessins, pris en avant de la coupe pédiculo-frontale des endroits identiques des deux hémisphères, démontrent bien, du reste, la différence existant entre l'épaisseur relative de la substance grise. La coupe de l'hémisphère lésé (droit) est présentée par la surface frontale à l'endroit le plus saillant de l'épaississement de la substance grise. (*Fig.* 1 et 2.) En remontant vers la périphérie, la différence devient moins sensible, et, enfin, à un centimètre environ des deux côtés du sillon, les parties avoisinantes de la surface convexe ne présentent presque pas de différence notable, quant à la largeur relative de la couche de substance grise. (*Fig.* 1 et 2.)

Dans la direction frontale, cet épaississement se fait voir en coupe sur cinq centimètres de largeur au fond du sillon, en passant ensuite insensiblement dans les parties qui paraissent être saines. Dans la direction occipitale, la différence de largeur de la couche de substance grise, dans des endroits identiques des deux hémisphères, est moins prononcée. La largeur relative de la substance grise, en d'autres points, ne présente pas de différence sensible. La consistance au toucher, de même

[1] Les pièces de ce cerveau ont été présentées à la Société anatomique par M. Ballet, pendant le mois de novembre 1882.

que la résistance sous le scapel de la partie épaissie est la même, est semblable à celle des autres portions des deux hémisphères. Après durcissement (bichromate de potasse à 2 p. 100), la différence entre les parties similaires devient plus prononcée encore quant à la largeur. La coloration ne présen-

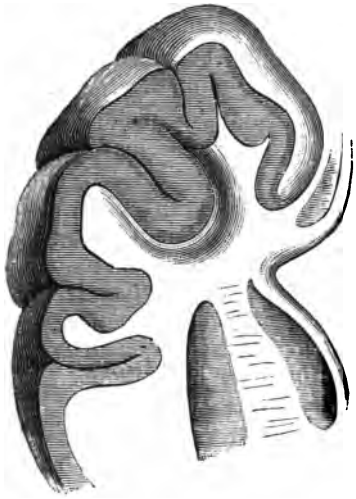


*Fig.* 1, représentant la coupe de l'hémisphère droit (malade).

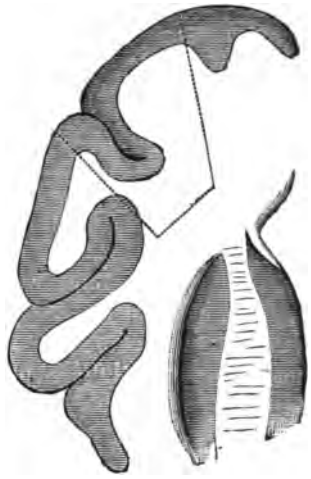


*Fig.* 2, représentant la coupe de l'hémisphère gauche (sain).

tant pas, cependant, de dissemblance, les autres parties de la région corticale, ainsi que les ganglions centraux, n'offrent pas d'altérations visibles à l'œil nu; toutefois, le piqueté rouge de la coupe des deux substances (grise et blanche) est plus prononcé à droite qu'à gauche. En somme, la lésion présente à l'examen macroscopique un épaississement de la substance grise, sans altération de consistance. Cet épaississement est étroitement localisé dans la région que nous avons décrite, avec un petit foyer de ramollissement de la substance blanche sous-jacente de deux millimètres environ d'épaisseur. Pas de trace de dégénérescence secondaire.

L'examen histologique, à l'état frais, était fait après la dissociation, par la méthode de M. Ranvier (*Archives de Physiologie*, 1883, n° 2, p. 180). Les coupes ont été traitées par le carmin, l'hématoxyline et le méthyl vert; ils ont été employés

aussi quelquefois pour l'étude à l'état frais. Comme réactifs chimiques, nous avons également fait usage d'alcool (à 95 p. 100) et d'acide acétique (2 p. 100). Les mensurations micrométriques ont été faites avec 2/7 Verick.

La substance grise de la partie lésée, examinée à l'état frais, présentait les éléments suivants : cellules et fibres nerveuses; fibres, noyaux et cellules de la névroglie; vaisseaux, cristaux de cholestérine; granulations graisseuses et pigmentaires.

En donnant la description des altérations des cellules nerveuses, nous suivrons la méthode de Deiters, indiquée par lui dans son ouvrage classique[1], en prenant pour type les grandes cellules pyramidales de cette région. Remarquons, cependant, que les cellules des autres couches présentaient les mêmes altérations. Le corps des cellules est tuméfié à différents degrés, présentant tantôt seulement une tuméfaction trouble du protoplasma, se colorant par les réactifs d'une manière uniforme. Cette tuméfaction se bornait exclusivement au corps, dans certaines cellules, sans se continuer sur les prolongements qu'on pouvait isoler alors avec la cellule sur une longueur de quatre-vingt-dix à cent micro millimètres. Dans ces cas, le noyau et le nucléole conservaient leur forme et leur position normales et ne présentaient pas d'hypertrophie. (Pl. III, *fig.* 1.) Sur d'autres cellules, beaucoup plus nombreuses que les précédentes, l'altération paraissait poussée à un degré beaucoup plus avancé, la tuméfaction se propageant alors non seulement sur le protoplasma, mais aussi sur les prolongements (le cylindre-axe compris). Ces prolongements sont alors quelquefois grossis et présentent neuf à dix micro-millimètres de diamètre à leur origine. Les cellules, ainsi tuméfiées, n'offrent pas de trace de pigmentation normale du protoplasma; quant au noyau et au nucléole, ils conservent encore leurs caractères distinctifs dans l'état d'hypertrophie ci-dessus mentionné et, au contraire, on voit que le noyau prend également part à la tuméfaction généralisée de la cellule, car il occupe presque tout l'intérieur du protoplasma, qui est représenté alors par une mince ceinture périphérique se colorant d'une façon homogène par les réactifs. Le noyau ainsi hypertrophié présente alors de trente à trente-six micro-millimètres de diamètre et soixante à soixante-six micro-millimètres pour le corps de la cellule,

[1] *Untersuchungen ueber Gehirn und Rückenmark des Menschen*, 1865.

mesures prises entre les origines des prolongements qui, bien que tuméfiés à leur origine, s'amincissent très rapidement (Pl. III, *fig.* 2) et ne peuvent être suivis que sur quarante à quarante-six micro-millimètres au plus. Le noyau, dans ces cellules ainsi hypertrophiées, conserve tantôt sa place centrale, tantôt, au contraire, paraît être refoulé vers la périphérie, ne présentant alors qu'un disque de dimensions variables, et même faisant complètement défaut. En faisant mouvoir le corps de la cellule sous le verre, on peut constater facilement la position excentrique du noyau et l'aspect vitreux de la cellule. La dernière forme de l'altération cellulaire est enfin la formation des vacuoles (vacuolisation des cellules). Ainsi, certaines cellules tuméfiées, présentant les caractères que nous avons décrits précédemment, font voir dans leur protoplasma des vacuoles de grandeur différente, excédant quelquefois les dimensions d'un leucocyte. Nous n'avons trouvé des vacuoles que dans le corps de la cellule, mais jamais dans les prolongements, comme cela a lieu dans certaines myélites toxiques expérimentales décrites par nous (*Phosphore*, 1880), et par Popoff (*Arsenic*, 1882). Le noyau des cellules ainsi vacuolisées ou bien était refoulé vers la périphérie, ou, si les vacuoles étaient nombreuses, ne se retrouvait plus, et le corps de la cellule était formé par un entrecroisement de lignes courbes, vivement colorées par les réactifs, tandis que les parties comprises entre l'entrecroisement ne l'étaient pas. Ainsi le carmin, le méthyl vert, l'acide osmique coloraient parfaitement les travées de la substance du protoplasma non lésée encore, en laissant libres les parties de forme circulaire. (Pl. III, *fig.* 3.) Quand le corps des cellules prend une forme polygonale, dans l'intérieur duquel s'entrecroisent les minces travées de la substance non encore lésée (ce qui indique déjà un degré de vacuolisation fort avancé), les prolongements subissent alors une atrophie très considérable, ne présentant que des pointes très minces et très courtes.

Les altérations de la forme des cellules se présentent de la manière suivante : le corps, soit fusiforme, soit pyramidal, se tuméfie comme nous l'avons dit, prend une forme arrondie et, plus tard, tout en conservant ses caractères d'hypertrophie, affecte une forme polygonale irrégulière. Les mensurations de ces cellules isolées, prises en des endroits identiques des deux hémisphères, nous ont donné les chiffres suivants : *Hémisphère*

*droit* (partie tuméfiée). Cellules pyramidales, dites géantes; corps entre l'origine des prolongements, soixante à soixante-six micro-millimètres; noyau, de dix-huit à trente-six micro-millimètres. *Hémisphère gauche*, même région; corps, quarante à quarante-cinq; noyau, six à neuf. On voit donc que la différence est considérable et la tuméfaction très prononcée. Les mensurations des cellules des autres couches nous ont donné des résultats analogues. Le méthyl vert colorait ces cellules hypertrophiées et vacuolisées d'une couleur verte, sans passer au violet indiquant la réaction amyloïde. (Kurschmann : *Die Beziehungen des methyl-grüns zur amyloid degenerirten Geweben; Virchow's Archiv*, 1880, Bd. LXXIX.) Le picrocarminate et l'acide osmique donnaient aussi leur réaction connue; les vacuoles restaient alors incolores.

Les cylindre-axes isolés ne nous ont présenté qu'une tuméfaction moniliforme, ce qui par soi seul, comme on le sait, ne peut nullement indiquer une altération pathologique; ils se coloraient d'ailleurs d'une manière uniforme par les réactifs.

Les altérations des vaisseaux (capillaires et vaisseaux de calibre), en ce qui touche leurs parois, sont les suivantes : tuméfaction des noyaux au point de fermer la lumière du capillaire dans certaines parties; prolifération de ces noyaux, que nous avons pu parfaitement constater sur des vaisseaux et capillaires isolés traités à l'hématoxyline. Sur les vaisseaux de calibre, cette altération des parois se présente sous forme de gonflement des noyaux longitudinaux et transversaux des tuniques. On trouve alors un épaississement considérable des parois; cet épaississement n'est cependant pas constant. Certains vaisseaux ne présentent qu'une tuméfaction des noyaux, sans altération visible de leur lumière; d'autres, au contraire, présentent une prolifération des noyaux très abondante (de sorte que les parois paraissent en être presque totalement tapissées), et acquièrent ainsi un épaississement considérable. Nous avons pu trouver dans l'épaisseur même des parois de ces vaisseaux des granulations pigmentaires de couleur jaunâtre et insolubles par l'alcool (95°), mais solubles par l'acide acétique (2 p. 100). L'espace sous-adventitiel des vaisseaux de calibre contenait toujours une certaine quantité de globules rouges, des leucocytes et des granulations qui paraissaient consister dans l'agglomération des noyaux de la gaîne lymphatique. Ces granulations se remarquent principalement dans les espaces

sous-adventitiels des vaisseaux dont les parois sont épaissies, ou qui sont atteints de tuméfaction et de prolifération des noyaux des tuniques. Ces espaces ne contenaient que des globules rouges et des leucocytes. En outre des noyaux de la névroglie, qu'on pouvait reconnaître à la coloration intense de leur nucléole par l'hématoxyline et leurs corps pâles et arrondis, nous avons aussi trouvé des cellules dites araignées, avec de nombreux prolongements très déliés et se colorant également bien par l'hématoxyline. Nous n'avons jamais constaté sur ces cellules soit de la tuméfaction, soit de la vacuolisation analogues à celles des cellules nerveuses. Le diamètre du corps de ces cellules n'excédait jamais six à neuf micro-millimètres.

Les cristaux de cholestérine, de dimensions variables, se présentaient sous forme de tablettes rhombiques solubles dans l'alcool. Nous avons aussi trouvé des corps arrondis fortement réfringeants, se colorant bien par l'acide osmique et solubles dans l'alcool. Quant aux granulations pigmentaires, les unes présentaient une coloration jaunâtre, avec forte réfringence; les autres, au contraire, offraient les caractères bien connus du pigment d'origine hématique (coloration noire, solubilité dans l'acide acétique avec insolubilité dans l'alcool). Dans la substance blanche, petit foyer de ramollissement offrant les éléments connus (granulations graisseuses, globules rouges et blancs, grains de pigment hématique, vaisseaux de calibre avec extravasation sous-adventitielle très prononcée, mais sans prolifération ni tuméfaction des noyaux de leurs tuniques. Les cylindres-axes présentaient quelquefois une tuméfaction moniliforme. Les vaisseaux isolés, pris dans d'autres parties de la région corticale, ne nous ont présenté que des altérations analogues à celles de la substance blanche du foyer de ramollissement, sans épaississement des parois. Les cellules nerveuses des lobes frontaux, temporaux et occipitaux des deux hémisphères, pris avec les vaisseaux des mêmes points, ne présentaient point d'altérations notables, soit dans la forme du corps et des prolongements, soit dans leur réaction aux matières colorantes.

Avant de décrire les résultats de l'examen histologique des coupes, nous ferons remarquer qu'elles ont été faites avec le microtome de Jung (de Heidelberg), ce qui nous a permis de les faire de grandes dimensions et par séries topographiques de

tout le territoire de l'altération (les deux substances comprises, grise et blanche).

En examinant ces coupes à un faible grossissement (Verick 3/2), l'attention est attirée tout d'abord sur la tuméfaction notable des cellules nerveuses, qui les atteint indifféremment dans toutes les cinq couches de la substance grise. Les cellules tuméfiées sont disposées dans l'ordre connu. On le constate en étudiant les coupes prises verticalement, dans la *direction antéro-postérieure*, à des profondeurs différentes de la partie atteinte. En examinant les coupes prises vers le milieu du fond du sillon, et en les comparant ensuite avec celles des parties périphériques et plus voisines de la surface convexe, on voit que la tuméfaction devient moins prononcée dans ces dernières. Dans la partie horizontale de la région corticale, les cellules des couches superficielles de la substance grise sont encore faiblement tuméfiées, en passant insensiblement dans la région voisine, sans altération notable des éléments nerveux.

Sur des coupes à double coloration, hématoxiline et carmin, et examinées au même grossissement, nous avons pu constater la présence des noyaux de la névroglie, plus nombreux au voisinage des vaisseaux de calibre et des capillaires (Pl. III, *fig.* 4). Ces noyaux, disposés par groupes suivant la direction des vaisseaux, se montrent en plus grand nombre dans la partie profonde et plus centrale de l'épaississement. Dans les parties périphériques voisines de la surface convexe, elles sont plus clairsemées. Les cellules araignées n'ont été trouvées que dans le fond du sillon. En remontant vers la surface et en examinant les coupes prises dans les deux directions (frontale et occipitale) près de la portion la plus tuméfiée, ou pouvait constater que, tandis que le tissu interstitiel et les vaisseaux ne présentaient pas d'altérations notables, les cellules nerveuses présentaient les caractères de la tuméfaction prononcée. Enfin, dans les parties plus centrales, la trame de la névroglie offrait un entre-croisement très riche et plus dense et se colorait plus vivement que dans les parties périphériques et excentriques des branches ascendantes du sillon.

A un grossissement de 3/7 et 3/8 Vérick, les altérations des cellules nerveuses se présentaient avec les caractères que nous avons indiqués en décrivant ces éléments à l'état frais après dissociation. En étudiant les coupes topographiquement et par séries, on voit que la tuméfaction du corps et des pro-

longements des cellules sans vacuolisation est la règle et qu'il et plus rare de rencontrer une cellule à la fois tuméfiée et vacuolisée. Dans les parties plus centrales, on trouve cependant nombre de ces cellules (dites géantes) tuméfiées et vacuolisées en même temps, avec atrophie plus ou moins prononcée des prolongements. Sur certains points, nous avons pu constater qu'au voisinage des vaisseaux, les altérations des cellules étaient beaucoup plus prononcées. Ainsi, souvent, une cellule vacuolisée et ayant perdu son noyau et ses prolongements, présentait une véritable ceinture formée par un capillaire avec tuméfaction des noyaux de sa paroi, tandis qu'au contraire les cellules qui se trouvaient un peu plus éloignées des vaisseaux ne présentaient alors qu'une tuméfaction trouble, avec ou sans conservation du noyau et du nucléole[1]. Nous avons aussi pu voir, qu'au voisinage des vaisseaux avec prolifération des noyaux et extravasation sous-adventitielle abondante, avec présence des granulations jaunâtres, se trouvant en dehors de la gaîne lymphatique des vaisseaux, ces dernières paraissaient pénétrer dans le corps des cellules voisines en formant ainsi des excavations dans le protoplasma du corps cellulaire.

En examinant attentivement le rapport mutuel entre les vaisseaux de cette région et les cellules nerveuses, on peut constater qu'il n'existe pas de parallélisme entre l'évolution des altérations de ces deux parties. Les vaisseaux des parties profondes présentent un épaississement notable de leurs parois, avec les caractères déjà décrits sur les préparations faites avec dissociation ; mais dans les endroits les plus rapprochés de la surface convexe, les capillaires ainsi que les vaisseaux de calibre, ne présentent qu'une tuméfaction peu appréciable des noyaux des parois, sans prolifération ou division. Les cellules nerveuses, au contraire, dans ces endroits conservent les mêmes caractères de la tuméfaction très prononcée. On remarque encore que cette tuméfaction cellulaire diffuse et qui se propage indifféremment dans toutes les couches, est accompagnée de leur vacuolisation, mais seulement dans les endroits où se trouvent les altérations des parois vasculaires, avec présence de noyaux libres dans la trame de la névroglie

[1] Le fait que nous indiquons ici est semblable à celui qui est constaté par M. le professeur Mierzejewski : *Lésions de la région corticale dans la paralysie générale.* (*Archives de Physiologie*, 1875.)

et des cellules dites araignées. Relativement à la prépondérance de ces deux formes d'altération des cellules et des vaisseaux, on peut remarquer que l'épaississement des parois des vaisseaux ainsi que la vacuolisation des cellules se rencontre beaucoup plus rarement, ainsi que les cellules araignées. Ainsi, nous n'avons jamais rencontré la vacuolisation de plusieurs cellules dans un même endroit; cette altération ne s'observe que sur quelques cellules, relativement peu nombreuses. L'épaississement des parois, avec les caractères déjà décrits, et la présence des éléments dans la gaîne lymphatique est également moins fréquent que la simple extravasation sous-adventitielle des éléments du sang. C'est surtout lorsqu'on examine les sections transversales des vaisseaux, sur des coupes colorées par l'hématoxiline, qu'on peut très bien se rendre compte de cette différence. Ayant fait, à titre de comparaison, des coupes à l'endroit identique de l'hémisphère opposé, nous avons ainsi pu bien constater la différence notable qui existe entre la vue d'ensemble des deux côtés. En comparant les *figures* 5 et 6 (Pl. III), on peut l'apprécier très nettement.

La trame de la névroglie est un peu plus épaisse et paraît avoir les mailles plus serrées avec des fibres plus fortes et plus colorées dans les parties profondes. Sur la périphérie et dans les régions plus éloignées du siège de la tuméfaction, les coupes des parties identiques ne présentent pas de différence sensible, elle devient presque nulle dans les couches superficielles de la partie horizontale de la substance grise. La présence des cellules tuméfiées seule indique quelle est la partie qui appartient à l'hémisphère lésé. Quoique nous n'ayons pas trouvé dans d'autres parties de la région corticale, d'altérations des cellules nerveuses, nous devons cependant remarquer que l'hyperémie des capillaires, ainsi que celle des vaisseaux de calibre sans altération des parois, avec extravasation dans les gaînes lymphatiques, était beaucoup plus prononcée sur l'hémisphère droit. Cette différence était surtout très marquée dans toute l'étendue du lobe frontal.

La substance blanche des circonvolutions, ainsi que celle des parties centrales, ne présentait rien d'anormal, sauf une dilatation des vaisseaux et de leurs gaînes lymphatiques, plus prononcée du côté droit. La pie-mère, examinée d'après les mêmes méthodes, et prise en différents points avait seulement ses vaisseaux plus dilatés dans la région frontale du côté droit;

présentant, en outre, des agglomérations considérables des éléments du sang dans son tissu.

Les résultats histologiques démontrent donc que, dans une partie limitée de la substance grise de la zone dite motrice de l'hémisphère droit, nous nous trouvons en présence d'une lésion présentant deux caractères distincts. Les premiers se rapportant à l'altération des éléments nerveux (cellules), les seconds à celle de la névroglie et des vaisseaux. Autrement dit : la lésion doit-elle être envisagée comme une *encéphalite interstitielle avec altération consécutive des cellules nerveuses*, ou bien est-ce le contraire qui a lieu et doit-on la considérer comme une *encéphalite parenchymateuse avec altérations interstitielles consécutives?* Où doit se trouver le point tranchant la question ; dans le tissu interstitiel ou dans les cellules?

Sur plusieurs coupes, nous avons pu constater la tuméfaction des cellules à un degré très avancé alors que la névroglie et les vaisseaux ne présentaient pas d'altérations notables, et que la différence entre les endroits identiques des deux côtés des hémisphères consistait uniquement dans la présence des cellules tuméfiées sur les coupes du côté droit. Dans d'autres parties, cependant, la tuméfaction des cellules se trouvait associée à des altérations de la névroglie et des vaisseaux ; ce qui indiquait un processus pathologique interstitiel apparaissant avec les altérations parenchymateuses. Remarquons que la vacuolisation des cellules nerveuses se trouvait exclusivement dans les parties qui avaient des cellules araignées et où les vaisseaux étaient profondément altérés dans la structure de leurs parois (tuméfaction des noyaux des tuniques, leur prolifération, présence des noyaux libres des parois de la gaîne lymphatique dans l'espace sous-adventitiel, granulations pigmentaires, etc.). Ces lésions, cependant (vacuolisation des cellules et encéphalite interstitielle), étaient tellement peu prononcées, comparativement à la prédominance bien marquée de la tuméfaction des cellules, que nous nous croyons pleinement autorisé à considérer les cellules nerveuses comme le véritable point d'issue du processus pathologique, basant avant tout nos conclusions sur les faits déjà indiqués : présence des cellules tuméfiées dans un stroma non lésé, avec des vaisseaux sans altérations de leurs parois. Quant au fait de la présence d'un processus interstitiel dans les parties plus profondes, nous pensons l'expliquer par les considérations suivantes :

On sait que les cellules nerveuses, après la tuméfaction du début, subissent ensuite une atrophie, précédée quelquefois de vacuolisation, avec destruction totale. On peut donc parfaitement admettre que, pendant cette période, l'irritation se propage sur le tissu interstitiel entourant les cellules et, tout en exerçant une influence destructive sur ces éléments, amène en même temps une modification notable dans le tissu environnant. Les éléments de la névroglie deviennent alors plus nombreux, les cellules nerveuses, en se vacuolisant, finissent par disparaître et leur place est prise par des éléments de nouvelle formation d'origine connective. Or, les vaisseaux présentent aussi, en même temps, des lésions irritatives et les altérations de leurs parois, par la prolifération de leurs éléments constitutifs, ajoutent encore à l'influence des éléments du tissu interstitiel. Quant à la supposition qu'il s'agit ici de deux processus différents, opérant leur évolution synchroniquement (encéphalite parenchymateuse et interstitielle), nous pensons qu'elle est la moins admissible; en raison de la présence des lésions parenchymateuses des cellules, alors que le tissu interstitiel et les vaisseaux ne sont pas encore altérés. Aussi, nous croyons que la lésion principale consiste, dans le cas que nous étudions, dans un processus pathologique qui a dû débuter par les cellules nerveuses et qui, dans certains endroits, où il était plus ancien, a amené les altérations interstitielles consécutives à l'atrophie des éléments nerveux affectés tout d'abord. Le processus d'altération des cellules (alors parenchymateux) est plus ancien dans l'endroit où nous constatons les lésions des vaisseaux et les cellules araignées. Il résulte de ces faits que, dans cette région seulement, on trouve les cellules dans un état de destruction plus avancé, représenté par la vacuolisation et la perte des prolongements. Dans les autres parties, au contraire, la lésion se borne à différents degrés de tuméfaction trouble. La présence de cellules offrant un degré d'altération plus avancé, au fond du sillon et dans les parties plus centrales indique également, à ce qu'il nous semble, que les éléments nerveux (cellules) doivent être considérés comme le point de départ de l'altération. Quant à la tuméfaction des cellules des couches superficielles et des parties excentriques, leur état présente la première période de l'évolution d'un processus qui est très intéressant par la présence des lésions parenchymateuses par excellence

et qui sont limitées sur un certain espace de la substance grise corticale.

M. le professeur Charcot, qui, avec sa bienveillance habituelle, a bien voulu examiner nos préparations, a attiré notre attention sur l'analogie des altérations que nous avons constatées avec celles qu'il a décrites pour la première fois, en 1872[1], sur les cellules des cornes antérieures de la moelle dans la téphro-myélite antérieure. Il remarqua, en outre, qu'actuellement, on ne connaissait encore rien d'analogue pour le cerveau. En effet, si l'on compare notre description des altérations des cellules à celle faite par M. Charcot (*loc. cit.*, p. 184), on voit parfaitement que rien ne s'oppose au rapprochement de ces deux ordres de faits. Ce rapprochement est d'autant plus fondé qu'il n'y a aucune raison d'admettre qu'une cellule nerveuse dite motrice de la région corticale, cellule qui ressemble morphologiquement à celle des cornes antérieures, réagisse anatomiquement d'une façon différente de cette dernière.

Nous croyons que les considérations de Weigert[2] nous autorisent à envisager ces altérations comme un processus distinct et primaire. Cet auteur, en discutant la question des altérations dans le corps des cellules, remarque que, dans certaines formes de myélites, les cellules nerveuses peuvent subir spontanément une altération qui ne rappelle en rien les données classiques que l'on attribue en général aux altérations inflammatoires, mais qui sont distinctes aussi par les réactions chimiques, de la dégénérescence dite amyloïde. Cette lésion se caractérise principalement par la tuméfaction de la cellule, avec altérations atrophiques consécutives du noyau et du protoplasma. Considérant la ressemblance du processus que nous avons décrit avec celle des caractères indiqués par cet auteur, nous croyons pouvoir admettre son opinion et ranger les altérations que nous avons présentées dans le processus qu'il a proposé de nommer : *nécrose par coagulation* (coagulation-necrose).

En admettant cette explication, la présence des cellules tuméfiées et altérées à divers degrés, dans une trame de névroglie qui ne l'est pas, n'a rien d'étrange et indique, au contraire, que les observations anatomo-pathologiques de 1872, de

[1] Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1880.

[2] *Ueber pathologische gerinnungs Vorgänge.* (*Virchow's Archiv*, Bd. LXXIX, 1880.)

M. Charcot, et les considérations théoriques de M. Weigert, de 1880, se trouvent confirmées par les résultats de l'étude histologique sur une autre partie du système nerveux central.

Malgré nos recherches bibliographiques, nous n'avons pu trouver rien d'analogue aux faits que nous présentons ici. D'après les descriptions des lésions que nous avons données, on voit bien qu'elles diffèrent complètement, comme étude microscopique, des scléroses en foyers de la région corticale décrites dans ces derniers temps. Ainsi, dans le cas de Pollak (*Archiv für Psychiatrie*, Bd. XII, 1881, p. 157. *Congenitale multiple Herdsclerose der Centralnerven Systems*), il s'agit de petits noyaux d'endurcissement trouvés sur les circonvolutions d'un enfant idiot. Dans celui de Brückner (*Archiv für Psychiatrie*, Bd. XII, p. 551-563. *Ueber multiple tuberöse sclerose der gross Hirnrinde*), les altérations microscopiques trouvées sur le cerveau d'une femme de vingt-deux ans, atteinte d'épilepsie partielle, se présentent sous forme de foyers de sclérose de la substance grise des circonvolutions. Histologiquement, la névroglie est très épaissie. La substance grise, *immédiatement sous la pie-mère*, présente des fibres onduleuses et très fortes, mais on n'y constate pas la présence de cellules nerveuses, tandis que les noyaux de la névroglie s'y montrent en grand nombre. Ces noyaux se trouvent aussi abondamment autour des vaisseaux qui contiennent une grande quantité de noyaux ronds dans les espaces lymphatiques périvasculaires. Dans certaines parties, les grandes cellules multipolaires sont tuméfiées sans altération des prolongements. Remarquons, cependant, que l'auteur ne dit rien de l'état des parois des vaisseaux, et qu'il se borne à la constatation de la tuméfaction des grandes cellules multipolaires de l'écorce. Il reste muet sur l'endroit où il a trouvé cette tuméfaction et ne parle pas de l'état du tissu environnant, ce qui est fort important au point de vue qui nous intéresse. En indiquant ensuite que, dans d'autres parties, les cellules pyramidales ne présentaient pas d'altération, il remarque que leur disposition en couches régulières est infirmée et qu'il y a là une irrégularité dans la direction des prolongements. En comparant ces données aux résultats de nos recherches, on en pourra constater aisément la différence.

Dans le mémoire de MM. Bourneville et Brissaud (*Archives de Neurologie* de 1880, p. 392-412. *Contribution à l'étude de*

*l'Idiotie*), il s'agit des tubérosités superficielles que les auteurs nomment *polio-encéphalite tubéreuse*. Ils insistent encore sur ce que cette lésion ne leur a jamais paru s'étendre jusqu'au fond des sillons et des scissures. Ils croient que le point de départ de l'affection réside plutôt dans la névroglie de la substance grise corticale, avec localisation dans les parties les plus superficielles du cerveau. Mais quelle est la cause de cette localisation? Ils ne l'indiquent pas et ne se croient pas autorisés à émettre des hypothèses sur ce point, et ils remarquent seulement que le voisinage des méninges n'y joue aucun rôle, car ces membranes étaient relativement intègres.

L'examen histologique des coupes, sur des fragments préalablement durcis au bichromate d'ammoniaque à 40 p. 100, fait par M. Brissaud, indiqua l'absence des éléments nerveux, épaisseur de la trame névroglique, présence des cellules araignées et vascularisation excessivement restreinte de ce tissu morbide. Enfin, M. Pozzi, dans une note *sur la cirrhose granuleuse des circonvolutions*, etc. (*Encéphale*, 1883. N° 2, p. 155 à 177), décrit un cas de lésions de la région corticale du cerveau d'un aliéné. Ces lésions se présentent sous deux formes : l'une analogue aux faits indiqués par Bourneville et Brückner (*Cirrhose hypertrophique*); l'autre sous forme de cirrhose atrophique granuleuse. Cette dernière, d'après M. Pozzi, n'était pas encore connue avant lui. Histologiquement cependant, les altérations sont les mêmes que celles qui sont décrites dans le travail de MM. Bourneville et Brissaud. Nous relèverons, en passant, dans la note de l'auteur, l'analogie qu'il croit pouvoir trouver entre le foie et le cerveau dans l'évolution de la cirrhose. Si on veut se rappeler la différence fondamentale qui existe entre le tissu interstitiel de ces deux organes, différence bien connue des personnes compétentes, ce rapprochement paraîtra au moins singulier.

Notre aperçu bibliographique serait incomplet si nous n'ajoutions pas que, dans un travail très approfondi, qui nous fut indiqué par M. Charcot, M. Klebs a étudié la question des néoplasmes dans le système nerveux central. (*Beiträge zur Geschwulst Lehre*, 1877. I. Heft. *Separat. abdruck aus Prager-Viertel Jahrschrift*. Bd. CXXVI et CXXXIII).

Dans ce mémoire, l'auteur dit qu'on trouve certaines formes de gliomes avec éléments, dont la nature nerveuse n'est pas discutable. Comme dans le cas qui fait l'objet de cette

étude, il s'agit essentiellement d'altérations de ces éléments, nous croyons utile de résumer ici les faits présentés par M. Klebs, afin de faire ressortir la différence qui existe entre les altérations qui appartiennent aux néoplasmes qu'il dénomme *neurogliomes* et les résultats de nos recherches.

Se fondant sur l'examen de neuf cas de ces tumeurs dans diverses parties du système nerveux central, M. Klebs distingue trois périodes bien tranchées dans leur évolution : hypertrophie diffuse des éléments nerveux (fibres et cellules); ensuite compression des parties normales voisines et, enfin, la délimitation du tissu environnant. Ces altérations consistent dans la présence d'éléments considérablement hypertrophiés (cinquante-six micro-millimètres avec noyaux de cinq à six micro-millimètres) qu'il nomme : *formations semblables aux cellules ganglionnaires* (Ganglien zellenâmliche Gebilde, *loc. cit.*, p. 48). Ces formations qui possèdent les mêmes caractères morphologiques et chimiques que ceux des cellules nerveuses, mais qui *ne les sont pas pourtant*, présentent des dérivés soit de ces éléments, soit des fibres nerveuses. En donnant la description de ces éléments, l'auteur insiste beaucoup sur la présence dans leur protoplasma de quelques noyaux et de plusieurs nucléoles. Ce fait s'expliquerait, d'après lui, par la segmentation de cellules nerveuses et par la formation d'étranglements sur les cylindres-axes hypertrophiés, avec leur division consécutive et formation des noyaux et nucléoles dans ces parties hypertrophiées. Dans les périodes plus avancées, ces tumeurs subissent une altération présentant tous les caractères de la sclérose sans cependant donner lieu à une altération notable des vaisseaux et de leurs parois.

Quoiqu'il résulte de notre examen, qu'ainsi chez M. Klebs, la principale altération consiste dans la tuméfaction des cellules nerveuses il n'en existe pas moins une différence fondamentale qui est la suivante : nous n'avons jamais trouvé d'hypertrophie des cylindres-axes présentant les caractères indiqués par cet auteur ; en outre, la présence de deux ou plusieurs noyaux dans une cellule nerveuse des centres, dans certains cas au moins, est un fait actuellement encore très discutable ; quoique Figges et d'autres le mentionnent depuis longtemps pour la paralysie générale; mais des recherches ultérieures ont démontré depuis que s'il n'est pas la suite d'une illusion optique de l'examen d'une coupe, il ne se rencontre

que fort rarement sur une cellule isolée, ou plutôt même jamais (Mierzejewski). Il n'est cependant pas impossible que cette segmentation puisse avoir lieu, si on veut bien se rappeler surtout des récentes recherches de Auerbach et de Flemming sur la cariokynèse. Mais, quand à nous, nous ne l'avons pas encore observé jusqu'ici chez les adultes, ni dans la moelle, ni dans le cerveau. On voit donc que sur ce point, il existe une différence entre les résultats des recherches de M. Klebs et les nôtres. Nos résultats sur ce point sont conformes aux recherches de P. Mayer et H. Beyer. (*Archiv für psychiatrie*, 1882, p. 392. *Ueber parenchymatöse entzundungen im central nerven system und ihre beziehungen zür gliome*) qui ont étudié le cerveau d'un homme de soixante et un ans, présentant une lésion du lobe frontal droit (pas de localisation de la lésion) avec vive coloration rouge foncé. Microscopiquement, ils ont trouvé des corps analogues aux cellules avec plusieurs noyaux, hypertrophie des cylindres-axes, avec formation des noyaux dans leur intérieur et formations d'étranglements et vascularisation très abondante avec multiplication des noyaux des tuniques. En admettant avec Klebs (*loc. cit.*), la possibilité de la formation des corps celluliformes des cylindres-axes, ils n'ont jamais pu constater ni la segmentation directe des cellules nerveuses ni leur néoformation, avec les caractères distinctifs appartenant à ces éléments. Ces auteurs croient ici avoir à faire à un processus parenchymateux inflammatoire qui devrait présenter une transition aux néoplasmes homologues du système nerveux central. Nous n'avons pas ici à discuter leur point de vue, que nous nous bornons seulement à signaler, ayant déjà exposé précédemment nos idées à ce sujet.

Pour terminer nous rappellerons que Samuel Wilks (*Guy's Hospital Reports*, 1866, t. XII, p. 227), discutant la question de la localisation des lésions dans l'épilepsie partielle, insiste sur ce point que c'est dans la substance grise du cerveau qu'il faut les chercher. Nos recherches, à ce qu'il nous semble, permettent de préciser ce fait encore plus nettement. Nous dirons donc que les cellules nerveuses elles-mêmes, pour cette fois au moins, peuvent être regardées comme le véritable *fons et origo mali*, ainsi qu'il le dit en parlant de la substance grise en général.

## EXPLICATION DE LA PLANCHE III

*Fig.* 1. — Cellule pyramidale géante isolée de la région de la lésion. Tuméfaction du corps au début, sans altération du noyau et du nucléole. (Verick. 3/7.)

*Fig.* 2. — Cellule de la même région, tuméfaction plus prononcée, intéressant le noyau et le nucléole, et se propageant sur les prolongements qui s'amincissent rapidement (Verick, 3/7.)

*Fig.* 3. — Vacuolisation d'une cellule pyramidale prise du fond du sillon, Déplacement du noyau à la périphérie, atrophie des prolongements fortement tuméfiés à leur origine. (Verick 3/7.)

*Fig.* 4. — Coupe verticale par la partie tuméfiée à la base du sillon, près de la substance blanche. Double coloration à l'hémotoxyline et au carmin. Tuméfaction des cellules à divers degrés avec conservation des noyaux dans leur protoplasma. Les noyaux sont particulièrement nombreux au voisinage des vaisseaux. (Verick, 3/2.)

*Fig.* 5. — Coupe verticale à travers la substance grise du fond du sillon entre la première et deuxième frontales de l'hémisphère sain (*gauche*). Les grandes cellules pyramidales ne présentent pas d'altérations ni du corps ni des prolongements, ni du noyau. Coloration par le carmin. (Verick, 3/7.)

*Fig.* 6. — Coupe identique à la précédente par le même endroit de l'hémisphère lésé (*droit*). Tuméfaction des cellules à divers degrés, avec ou sans déplacement du noyau. Le centre est occupé par une grande cellule tuméfiée et vacuolisée en même temps avec atrophie des prolongements. Les vaisseaux et les noyaux libres de la névroglie sont peu nombreux. (Verick, 3/7.)

*N.-B.* — Tous les dessins ont été faits à la chambre claire de Romenshausen.

---

## IDIOTIE ET ÉPILEPSIE PARTIELLE CONSÉCUTIVE A UNE MÉNINGO-ENCÉPHALITE CHRONIQUE; par Bourneville et Leflaive.

Le fait qu'on va lire fournit un nouvel exemple de la forme d'*idiotie*, consécutive à une *méningo-encéphalite chronique*, sur laquelle l'un de nous a déjà appelé l'attention à diverses reprises. Le diagnostic anatomique a pu être porté durant la vie; il est donc probable que, dans un temps prochain, il sera possible de tracer un tableau complet de cette forme d'idiotie, qui, dans ce cas, était compliquée d'*épilepsie partielle*.

OBSERVATION. — *Grand-père et grand'mère paternels paralysés.— Oncle maternel paralytique général.— Frères et sœurs morts de convulsions.*

*Convulsions de deux mois à deux ans. — Méningite à trois ans, suivie d'affaiblissement paralytique du côté gauche. — Premiers vertiges à trois ans et demi. — Premiers accès vers quatre ans. — Diminution progressive des facultés intellectuelles : idiotie, ou mieux démence. — Traitement des accès par l'acide sclérotinique. — État de mal. —Température élevée.— Amélioration.— Broncho-pneumonie. — Mort.*

*Autopsie : Adhérences de la pie-mère à la substance grise. — Décortication totale, par foyers, de la substance grise. — Induration et atrophie de la substance blanche sous-jacente. Différence de 120 grammes entre les deux hémisphères cérébraux. — Lésions pulmonaires.*

Bourgui..., âgé de six ans, est entré le 11 septembre 1882, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

*Renseignements fournis par son père* (10 novembre 1882). — *Père*, quarante-cinq ans, homme de peine ; pas d'excès d'aucun genre ; assez intelligent ; pas d'accidents nerveux. [*Père*, cultivateur, mort à soixante-quatre ans «de *paralysie*, un peu de partout, mais surtout de la langue».— *Mère*, quatre-vingt-deux ans, bien portante, pas d'attaques de nerfs. — *Grand'mère* maternelle, morte *paralysée*. — Pas d'aliénés, etc., dans la famille.

*Mère*, trente-sept ans, fait son ménage, intelligente, d'habitude bien portante, actuellement convalescente d'une fièvre typhoïde ; elle n'a pas d'attaques, mais est très nerveuse et se trouve quelquefois mal, à la suite de contrariétés. [*Père*, soixante-quatre ans, fruitier, en bonne santé. — *Mère*, morte de la poitrine à vingt-huit ans.— Un *frère* est mort de *paralysie générale progressive* dans le service de M. J. Voisin, à Bicêtre, il y a un an, après y être resté dix-huit mois ; il avait commis de nombreux *excès de boisson*.— Pas d'autres aliénés, pas de paralysés, pas de difformes, ni de suicidés ou de criminels dans la famille.] — Pas de consanguinité.

Dix enfants et fausses couches : 1° garçon, quatorze ans, intelligent, pas de convulsions ;— 2° fille, morte à neuf ans d'accidents pulmonaires ayant duré huit jours ; *convulsions* jusqu'à quatre ans ; était très intelligente ; — 3° fille, morte en nourrice à deux mois, on ne sait de quoi ; aurait eu de légères *convulsions* ; — 4° garçon, mort de diarrhée à un mois ; pas de convulsions ; — 5° garçon, bien portant, a eu des *convulsions* jusqu'à trois ans ; — 6° fausse couche à six mois, sans motifs ; — 7° fille, morte à deux ans et demi de *méningite*, avait déjà eu des *convulsions* ; — 8° fausse couche ; — 9° notre malade ; — 10° fille, de sept mois, pas de convulsions.

*Notre malade.* Rien de particulier lors de la *conception*, durant la *grosesse*, ni à la *naissance*. Nourri au sein par sa mère jusqu'à dix-huit mois. A deux mois, *premières convulsions* ayant duré de cinq à dix minutes. Depuis cette époque jusqu'à l'âge de deux ans, il en aurait eu à cinq ou six reprises; elles étaient courtes et légères; pas d'autres détails. Il a commencé à parler et à marcher seul à un an et a été propre vers quinze mois. A trois ans, il était bien constitué, ressemblait aux autres enfants et allait à l'asile. C'est à cette époque qu'il a eu une *méningite* qui aurait duré six semaines, et pendant laquelle il aurait été quinze jours sans connaissance, délirant, mais n'aurait pas eu de convulsions. Dans le cours de la maladie, le bras gauche perdit la sensibilité et le mouvement; le médecin n'aurait pas exploré la jambe. Après cette maladie, B... marcha difficilement et eut tout le *côté gauche plus faible;* mais, au bout d'un mois, il marchait bien et pouvait se servir de son bras gauche. La *parole* était plus lente qu'avant la maladie; il ne bégayait pas.

Deux mois après la convalescence, il retourna à l'asile; il apprenait bien et avait de la mémoire, mais, tous les huit à dix jours, il avait un « *étourdissement* » : il tombait par terre brusquement et se relevait aussitôt. Six mois plus tard, ces étourdissements ayant augmenté de fréquence, il fut renvoyé de l'asile; il était âgé d'environ quatre ans. Il resta alors à la maison. Les étourdissements devinrent plus fréquents et finirent par être quotidiens; souvent il se blessait, et il s'est ainsi cassé toutes les dents.

Le premier *accès* eut lieu en novembre 1881. Dans un accès (février 1882), il se brûla le cou et la figure avec une marmite de soupe et cette brûlure mit six semaines à guérir.

A partir de l'année 1882, il eut plusieurs vertiges et plusieurs accès par jour sans jamais avertir. La parole devint de plus en plus difficile, et, à partir du mois de juillet, la déchéance intellectuelle s'est accusée : il est devenu gâteux, vorace; la marche s'effectuait difficilement, il désaprit l'usage du couteau et de la fourchette et mangeait lentement avec une cuiller. Il bave depuis dix-huit mois. Il reconnaît son père, mais moins sa mère; autrefois caressant, il est maintenant indifférent. Les accès et les étourdissements au moment de l'entrée revenaient *jour* et *nuit*; mais, la nuit, ce sont plutôt des étourdissements. Depuis sa méningite, il a très rarement des cauchemars; il n'en n'avait jamais eu auparavant. Traitement antérieur par le *bromure de potassium.* Ni succion, ni balancement, ni grincement de dents. Pas d'accès de contracture. — Aucune fièvre éruptive. Croûtes fréquentes du cuir chevelu. — Diagnostic : *Idiotie consécutive à une méningo-encéphalite; épilepsie.*

Du 5 au 28 *octobre*, la température s'est toujours maintenue entre 38° et 38°,8, sauf une élévation isolée à 40°, le 8 au matin. Le 26, revacciné sans succès avec du vaccin humain à droite et du

vaccin de génisse à gauche; du 29 *octobre* au 8 *novembre*, la température a oscillé entre 38° et 37°,6.

1er *décembre*. — Injections hypodermiques *d'acide sclérotinique*[1] (X gouttes de la solution Prévost = 1 centigramme 1/2).

10. — 3 centigrammes d'acide sclérotinique.

15. — 4 centigrammes 1/2. Pendant le mois de décembre, il y eut 194 *vertiges*, dont 169 pendant le jour (maximum 20, le 13); pendant la nuit, il n'y en eut que deux fois: une fois 10 et l'autre 15. Les *accès*, dans la même période, ont été au nombre de 156. Les diurnes ont été quotidiens, sauf une interruption de deux jours et une de trois. Ils ont été au nombre de 135, et leur maximum a été de 11 (25 *décembre*). La nuit, il y en eut 5 du 1er au 29; 6 dans la nuit du 29 au 30, et 10 dans la nuit du 30 au 31. *Ces accès ont toujours été localisés au côté droit.*

30. — Le malade qui descendait à la petite école, se trouve trop faible pour se lever, et reste au lit.

31. — T. R. 39°. — *Soir*: T. R. 39°,4. Dans la nuit du 31 *décembre* au 1er *janvier*, 10 accès.

1883. 1er *janvier*. — Les injections d'acide sclérotinique sont portées à XX gouttes (6 centigrammes); ces injections n'ont jamais produit d'accidents locaux, ni généraux. T. R. 39°, 6. Dans la journée 120 accès. A 3 heures, T. 42°, 6; à 5 heures, T. 41°,8; à 7 heures, T. 41°,6.

Dans la nuit du 1er au 2, 30 accès; T. à 9 heures du soir, 40°; à 11 heures, T. 42°; à 1 heure du matin, T. 42°,2; à 3 heures, T. 42°,5.

2. — T. R. 42°,4. Dans la journée, 199 accès. La *tête*, le *tronc*, et les *membres* sont symétriques. *Organes génitaux* normaux. Le malade est dans le *décubitus latéro-dorsal* droit; la tête repose sur la joue droite; la face est pâle; les yeux sont cernés; les paupières enflammées sont closes; en les soulevant, on voit que les globes oculaires sont dirigés vers la droite; pupilles égales et contractées malgré l'obscurité relative; narines pulvérulentes; lèvres sèches, couvertes de fuliginosités.

Le *bras droit* est rapproché du tronc; l'avant-bras est en demi-flexion et demi-pronation; la main est fléchie; les doigts sont à demi-fléchis sur le métacarpe; les phalanges sont étendues; le pouce est dans l'adduction,

La *cuisse droite* est étendue sur le bassin; la jambe est presque étendue. Pas de contracture; le pied est fortement fléchi et dans l'adduction; les orteils sont en position normale.

Du *côté gauche*, la flexion incomplète prédomine aussi, mais le malade modifie de temps en temps et spontanément sa position.

[1] Voir Bourneville et Bricon. — *Manuel des injections sous-cutanées.*

On imprime facilement des mouvements à la tête et au cou. Il y a un peu de raideur des muscles extenseurs du rachis.

Le malade, depuis hier matin, n'a pris qu'un potage. Pas de dysphagie, ni de vomissements ; selles diarrhéiques involontaires. L'enfant ne tousse pas ; rien à l'auscultation.

Cet état habituel est traversé par des crises revenant à intervalles variables ; il y en a quelquefois plusieurs en cinq minutes ; mais aujourd'hui, il est rare qu'il y ait plus de cinq minutes entre deux accès.

*Description d'un accès.* L'attitude habituelle s'exagère ; les membres du côté droit se raidissent davantage ; puis, on observe une *trémulation du membre inférieur droit*, pendant laquelle la jambe se fléchit un peu sur la cuisse, tandis que le pied s'étend sur la jambe.

A la face, trémulation des muscles du *côté droit*, plus marquée sur les muscles qui attirent à droite la commissure labiale ; la direction des yeux à droite s'exagère aussi ; mouvements du releveur de la paupière et des élévateurs de l'aile du nez.

Pendant ce temps, du côté gauche, se montrent des mouvements irréguliers, consistant surtout dans les mouvements de circumduction de l'épaule, l'abduction du bras, et la flexion de la jambe. Ni stertor, ni écume. Lorsqu'on remue le malade, il pousse quelques gémissements très faibles. L'état comateux est permanent ; nul indice de connaissance dans l'intervalle des accès.

*Traitement* : Sulfate de quinine, 1 gramme en 4 paquets ; eau-de-vie allemande, 15 grammes ; 1 sangsue derrière chaque oreille.

3. — Dans la nuit, on a compté 55 accès, T. R. 40°. A la visite du matin, l'état de l'enfant paraît s'être notablement amélioré : il est moins incliné à droite ; il ouvre spontanément les yeux et semble regarder autour de lui ; les sensations désagréables se traduisent par des gémissements plus accentués ; le chatouillement de la plante des pieds produit des réflexes très marqués à droite, très peu à gauche ; il n'y a pas d'exagération des réflexes rotuliens. Le bras droit soulevé retombe aussitôt, tandis que le bras gauche se maintient un peu. Même chose aux membres inférieurs.

Sonorité normale dans la poitrine. — Le malade prend un peu de lait. T. R. à une heure 41°. — Le soir T. R. 41°,2. Dans la journée soixante-dix-huit accès. *Traitement* : deux *injections sous-cutanées* de 0 gr. 10 de *sulfate de quinine* ; eau-de-vie allemande, 20 gr. ; — lotions vinaigrées.

4. — Dans la nuit, qui a été mauvaise, douze accès. Le matin, amélioration. T. R. 39°. — Le malade est couché sur le dos, les yeux ouverts ; de temps en temps, on note des mouvements de la bouche. L'enfant est assez éveillé, il demande spontanément à boire. Selles abondantes. — Même traitement ; les injections d'acide sclérotinique sont suspendues. — T. R. à une heure 41°,4. Dans la journée,

quatre-vingt-quinze accès dont quatre-vingts après la visite (onze heures). — *Soir* : T. R. 42°,2.

5. — Durant la nuit, quatre accès T.R. 39°,6. Les convulsions sont toujours limitées au côté droit. Léger érythème des fesses. — Injections de sulfate de quinine ; — lavement purgatif ; — une sangsue derrière l'oreille gauche T. R. à une heure, 39°,8 ; — soir, T. R. 40°,4. Dans la journée cinquante accès.

6. — Neuf accès pendant la nuit. A cinq heures T. R. 40° ; — à huit heures 39° ; — à une heure de l'après midi, T. R. 42°,6. Dans la journée vingt accès.

7. — Le malade n'a eu dans la nuit qu'un seul accès ; il appelle sa mère et demande à boire. T. R. 40° ; — à une heure, T. R. 39°,6. — *Soir* : T. R. 39° ; pas d'accès.

8. — Un accès dans la nuit. T. R. 39°. — *Soir* : T. R. 39°,6. Un seul accès dans la journée.

9. — Pas d'accès dans la nuit, qui a été bonne ; l'amélioration s'accentue. Le malade répond à quelques questions, demande du lait et repousse le bouillon. Les mains sont fraîches ; le pouls est assez fort (84). T. R. 38°,8. — Le malade qui, à son entrée, pesait seize kilogr., n'en pèse plus que quatorze. — *Soir* : T. R. 39°,6. Les accès ont disparu.

10. — Le malade est éveillé et dit : « Mère, j'ai soif ». La face est pâle ; les joues sont pleines ; les pupilles égales et normales ; les lèvres sèches. — L'enfant donne les deux mains quand on les lui demande, mais la droite semble plus faible ; il soulève les deux jambes sans qu'on note de différence ; cette nuit, il s'est tenu assis. — Il tousse un peu : sonorité légèrement diminuée aux deux bases ; respiration un peu forte en arrière et à droite. — Soif vive, ventre volumineux, mais souple, diarrhée. — T.R. 40°. — *Traitement* : ipéca ; lait, deux œufs. — *Soir* : T. R. 40°.

11. — Face pâle, cyanosée. Le malade tousse un peu, se plaint sans cesse. Pas d'oppression. — La poitrine résonne mal en arrière et à droite. Respiration rude, mêlée de quelques râles fins au voisinage de l'aisselle droite. T. R. 39°,6. — *Soir* : T. R. 40°. Dans la soirée, le malade a été pris d'oppression et n'a plus voulu rien prendre. Toux rare.

12. — Le malade est cyanosé surtout aux lèvres et aux paupières ; il prend un peu de lait avec beaucoup de peine ; ne parle plus et reste dans la position qu'on lui donne, la tête dans l'extension ; P. à 124, fort, régulier ; R. 44 ; T. R. 40°. A la percussion, le son est obscur et à l'auscultation, la respiration est soufflante par places en arrière et à droite. — Langue humide, soif vive ; pas de vomissements ; ventre volumineux, souple, non douloureux ; le colon paraît distendu ; diarrhée jaunâtre, glaireuse. — A la fin de l'examen, le malade prononce quelques mots. — Inaction de la main droite. La

jambe droite ne répond qu'aux excitations un peu fortes; alors elle se fléchit, mais il y a une différence très sensible avec le côté gauche.

A partir de cinq heures de l'après-midi, l'enfant a cessé de parler et a refusé de boire. Il aurait rendu « de la mousse » par la bouche et le nez. La diarrhée a cessé. T. R. 40°,6.

13. — Le malade est comme endormi, les paupières fermées, les entr'ouvrant à peine quand on l'interpelle; pupilles égales; traits notablement altérés.—Respiration très brusque, saccadée. Toux peu fréquente. Râles dans les grosses bronches et quelques râles fins au moment de la toux à la région moyenne et postérieure du poumon droit. — Un peu de raideur de la nuque; le malade a grincé des dents; les mâchoires sont un peu serrées. T. R. 42°. Dans la journée l'altération des traits s'est accentuée; pas de vomissements; constipation. Toux et plaintes fréquentes; mâchoires un peu serrées. Rejet de mousse. — *Soir* : T. R. 41°.

14. — Mort à cinq heures du matin. T. R. après la mort 44°. Poids, 12 kilogr. 800.

Les *accès* et les *vertiges* ont eu la marche ci-après :

| | ACCÈS. | VERTIGES. |
|---|---|---|
| Du 11 au 30 septembre 1882..... | 63 | » |
| Octobre..... | 260 | 777 |
| Novembre..... | 115 | 589 |
| Décembre..... | 156 | 194 |
| Du 1er au 14 janvier 1883..... | 467 | » |

Autopsie, le 15 *janvier*. — On trouve sur la cuisse droite deux ecchymoses, intéressant toute l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané; la cuisse gauche en présente trois. Elles répondent aux dernières *injections hypodermiques*, pratiquées pendant la vie. La décomposition paraît rapide. Au bout de 28 heures, et par un temps froid, l'épiderme du cuir chevelu est soulevé et se détache par grandes plaques. Les cavités séreuses (plèvres, péritoine, péricarde), ne présentent ni épanchement, ni adhérence.

*Thorax*. — Le *poumon gauche* pèse 170 grammes, il est un peu œdématié et congestionné dans le lobe inférieur. Le *poumon droit* pèse 260 grammes, il y a quelques adhérences lâches dans la scissure interlobaire; ecchymoses sous-pleurales à ce niveau. Dans tout le lobe inférieur et dans toute la partie du lobe supérieur, on trouve les lésions de la *broncho-pneumonie* à la période *d'hépatisation rouge;* quelques lobules du lobe inférieur sont même sur le point de passer à l'*hépatisation grise*. — *Cœur*, 80 gr., sain.

*Abdomen*. — *Foie*, 670 grammes, pas de calculs, normal ainsi que la *rate* (35 gr.) et les *reins* qui pèsent chacun 65 grammes.

*Tête*. — *Cuir chevelu* peu épais; pas d'ecchymoses. *Crâne*, très

épais, très dur; bosses frontales égales, peu saillantes; bosses pariétales très proéminentes; la tête est relativement volumineuse surtout dans sa partie postérieure (diamètre antéro-postérieur de la calotte crânienne = 17 centimètres; transverse 14 centimètres). Base du crâne symétrique. *Liquide céphalo-rachidien* un peu plus abondant qu'à l'état normal. La *pie-mère* est louche en un grand nombre de points et offre une vascularisation assez prononcée, représentant des lésions d'âge différent. Les divers organes de la face inférieure du cerveau sont symétriques; les faces internes des lobes frontaux sont unies par quelques adhérences.

*Encéphale*, 930 grammes; *cervelet et isthme*, 130 gr.; hémisphère droit, 335 gr.; hémisphère gauche, 425 gr. Les *hémisphères du cervelet* sont égaux et normaux.

*Hémisphère droit.* — Les *circonvolutions frontales* sont assez développées, assez plissées; la pie-mère se détache bien au niveau des 1re et 3e circonvolutions; mais, au niveau de la 2e, on enlève avec elle la couche superficielle de la substance grise dans la moitié de son étendue. La *circonvolution frontale* ascendante est comme hypertrophiée dans sa moitié supérieure; la pie-mère ne lui adhère qu'à son extrémité tout à fait inférieure. Le *sillon de Rolando* est assez profond et normal. La *circonvolution pariétale ascendante* n'est libre d'adhérences que dans les 2/4 moyens de sa face antérieure; elle est comme atrophiée dans toute sa hauteur, et surtout dans sa moitié supérieure où elle n'atteint que le quart de la largeur de la partie correspondante de la frontale ascendante. Le sillon qui limite en arrière la pariétale ascendante, présente dans toute sa hauteur une sorte d'infiltration cellulaire et a une coloration noire-ocreuse.

Tout le *lobe pariétal*, et la partie postérieure des *circonvolutions temporales* sont adhérents, sauf en quelques points, à la pie-mère qui s'enlève difficilement; sur certaines circonvolutions même, en décortiquant, *on enlève toute la substance grise et on met à nu le squelette de substance blanche*, laquelle est *indurée* et *atrophiée*. Ce *foyer* se prolonge en avant sur toute la première circonvolution frontale où se trouve cette dernière lésion, ainsi que sur les deux digitations postérieures du *lobule de l'insula* qui sont atrophiées et indurées. On détache facilement la pie-mère des digitations antérieures du lobule de l'insula, de l'extrémité antérieure du lobe temporal, de la face inférieure du lobe frontal, de la face convexe du lobe occipital et de la face interne des lobes temporo-occipitaux.

A la face interne, on trouve quelques adhérences superficielles à la partie moyenne de la *circonvolution du corps calleux*; à la partie supérieure de la première circonvolution frontale, il existe des adhérences plus marquées, et une atrophie relative de la partie supérieure du *lobe carré*, qui limite en dedans le foyer décrit plus haut.

Le *ventricule latéral* offre une dilatation uniforme; mais une couche encore assez épaisse le sépare du foyer.

*Hémisphère gauche.* — Les circonvolutions sont bien développées et non disproportionnées comme de l'autre côté. En décortiquant la pie-mère, on enlève en un certain nombre de points une couche plus ou moins épaisse de substance grise, notamment: 1° sur toute la moitié postérieure de la première circonvolution frontale; 2° *sur toute la partie moyenne des frontale et pariétale ascendantes;* 3° *sur l'extrémité supérieure de ces deux circonvolutions;* 4° sur quelques points de la deuxième frontale, (la troisième frontale est à peu près saine); 5° sur les deux premières temporales et sur le pli courbe.

A la face interne, on note quelques adhérences au niveau du lobe carré, du lobe temporal, à la partie antérieure du *lobe paracentral*, à la partie avoisinante de la 1re frontale et enfin à la partie antérieure de la circonvolution du corps calleux.

Réflexions. — I. Il s'agit, ici, d'un enfant qui, sauf quelques *convulsions* légères et éloignées, survenues de deux mois à deux ans, se développait normalement tant sous le rapport physique qu'au point de vue intellectuel, lorsque, à trois ans, il fut atteint d'une *méningite aiguë* grave. Durant la convalescence, on remarqua seulement qu'il avait le *côté gauche* plus faible : ce qu'expliquent les lésions étendues de l'*hémisphère droit* qui pèse *cent vingt grammes de moins* que le côté gauche.

II. Alors que l'enfant semblait rétabli, il a été pris de *vertiges*, d'abord très distants, puis de plus en plus rapprochés. Bientôt des *accès d'épilepsie* vinrent s'y ajouter.

III. Sous l'influence de ses accès, et surtout des *vertiges*, les facultés intellectuelles, qui, dit-on, n'avaient guère été modifiées par la méningite, ont décliné avec une grande rapidité et l'enfant ne tarda pas à offrir tous les symptômes cliniques de l'*idiotie complète :* parole embarrassée, mémoire affaiblie et ensuite presque nulle, difficulté progressive de la marche, bave, gâtisme, perte des sentiments affectifs, etc., etc.

Cet ensemble symptomatique, que l'on a coutume de désigner sous le nom d'idiotie, nous paraît beaucoup plutôt comparable à la *démence paralytique* et, n'était le langage reçu, nous préférerions cette dernière dénomination.

En nous fondant sur les *antécédents* et sur l'*état du malade* à l'entrée, nous avons porté le diagnostic : *méningo-encéphalite chronique*, que l'autopsie est venue confirmer.

IV. Les lésions observées à l'autopsie rendent parfaitement compte de la déchéance des facultés intellectuelles. Relevons

encore une fois cette *décortication totale*, par foyers, de quelques circonvolutions, dont l'un de nous a publié, il y a quelque temps, un très bel exemple[1].

V. L'*état de mal*, auquel a succédé la broncho-pneumonie terminale, a offert tous les caractères classiques. Le nombre des accès a été considérable et, particularité intéressante, durant ce temps, les vertiges ont été supprimés.

VI. Considérés en eux-mêmes, les accès ont présenté des symptômes spéciaux : *les convulsions étaient limitées au côté* DROIT du corps. Nous avions donc sous les yeux un exemple typique de l'*épilepsie hémiplégique*. Si l'on se rappelle que, après la *méningite aiguë*, l'enfant avait une *paralysie du côté* GAUCHE, on pourrait s'étonner que les convulsions existassent, au contraire, du côté droit et y fussent limitées. Nous voyions là, en effet, une sorte d'anomalie. Mais l'autopsie est venue nous fournir l'explication de ce fait, en nous montrant des *foyers* de méningo-encéphalite au niveau du *lobe paracentral* et des *circonvolutions frontale* et *pariétale ascendantes* de *l'hémisphère* GAUCHE.

## EXPLICATION DES PLANCHES

### PLANCHE IV.

*Méningo-encéphalite : face convexe de l'hémisphère droit.*

*Fa*, frontale ascendante.
*Pa*, pariétale ascendante.
*P*, pli pariétal supérieur.
*T*, partie postérieure des circonvolutions temporales.
*T*[1], première temporale.
La PLANCHE montre, entre P et T, un vaste foyer intéressant le pli pariétal inférieur, le pli courbe, etc.

### PLANCHE V.

*Méningo-encéphalite : face interne de l'hémisphère droit.*

*Cc*, circonvolution du corps calleux.
*F*[1], face interne de la première circonvolution frontale.
*Lq*, lobe carré.

[1] Bourneville et Wuillamié. — *Archives de Neurologie*, t. III, p. 327, pl. VIII.

# REVUE CRITIQUE

## DU MÉRYCISME[1];

Par BOURNEVILLE et SÉGLAS.

### III. — DU MÉRYCISME CHEZ L'HOMME SAIN D'ESPRIT.

Quand nous avons entrepris ce travail sur le mérycisme, nous nous proposions de l'envisager seulement chez l'idiot ou l'aliéné dément. Mais le cours de nos recherches nous ayant amené à recueillir plusieurs cas du même genre observés chez l'homme sain d'esprit et présentant des particularités intéressantes, nous avons pensé qu'il serait bon de joindre ces observations aux autres, afin de nous faire une idée aussi exacte que possible du phénomène que nous étudions.

On pourrait presque, avec les faits observés chez les hommes sains d'esprit, faire une monographie du mérycisme : on y trouve, en effet, des indications intéressantes sur ses causes, son mode de début, ses symptômes et sa marche. Cependant, nous préférons réserver l'étude clinique pour la seconde partie de notre travail, où les observations prises chez l'idiot sont souvent plus complètes à quelques points de vue. Nous nous contenterons pour le moment de signaler les particularités qui ressortent des observations recueillies chez les individus jouissant de l'intégrité de leurs fonctions intellectuelles, sur les *causes* et le *début* du mérycisme.

Les auteurs anciens, qui ont parlé du mérycisme, ont tout d'abord considéré ce phénomène comme intimement lié à la constitution même de l'individu et comme tel se développant avec lui. — L'*âge* serait donc, dans ce cas, peu impor-

[1] Voir le nº 16, p. 86.

tant à considérer; nous verrons par la suite que cette proposition est absolument juste et que le mérycisme peut débuter aussi bien dès la plus tendre enfance que dans l'adolescence ou même dans l'âge adulte.

Sennert et Daniel Perineti admettent, en dehors de l'âge, l'influence presque exclusive de l'*imitation*.

Observation III. — Daniel Perineti (*Med. pract.*, lib. III, sect. II, cap. 8) cite le cas d'un enfant de *sept à huit ans* qui, ayant tété des chèvres pendant deux ans, se mit à ruminer par *imitation*.

Observation IV. — Sennert (*Med. prat.*, lib. III, p. 1) cite le cas d'un Suisse qui devint ruminant *pour avoir vécu* avec des bestiaux et qui *communiqua* sa maladie à sa femme (?).

D'après cette dernière observation, l'influence de l'imitation se manifesterait non seulement des animaux à l'homme ; mais encore de l'homme à l'homme. Nous enregistrons, quant à présent, ces faits sans commentaires. (Voir Obs. XXIII.)

L'*hérédité* surtout, comme nous le verrons plus loin, joue un très grand rôle dans l'étiologie du mérycisme. Nous avons déjà dit plus haut que les premiers auteurs, admettant l'identité comme affection du mérycisme et de la présence des cornes, pensaient que les mérycoles étaient fils ou pères de *cornigères*. Plus tard, on n'admit plus que l'hérédité du mérycisme lui-même, et les cas de productions cornées, observés dans ces derniers temps chez les mérycoles (Hebra, Bérard et Landouzy) sont tellement en minorité qu'ils ne doivent être regardés que comme de simples coïncidences. Voici maintenant quelques faits qui montrent que le mérycisme peut être héréditaire.

Observation. V. — J.-B. Winthier, rapporte l'histoire d'un Suédois de quarante-cinq ans, qui, après avoir eu dans son enfance des *éructations acides*, fut atteint de *rumination* à l'âge de trente ans. — Son *fils*, à l'âge de vingt-quatre ans, fut atteint de la même maladie, *mais la pudeur la lui fit surmonter*, du moins en public!

En dehors de l'influence de l'hérédité, qui nous paraît incontestable bien que les phénomènes de rumination ne soient apparus qu'assez tard, nous signalerons dans cette observation l'influence de la volonté sur la guérison du mérycisme chez le fils ; et la présence antérieure chez le père d'éructations acides.

D'autres fois, et le plus souvent, le mérycisme héréditaire se manifeste dès l'enfance, ainsi qu'on le voit dans l'observation suivante :

Observation VI. — *Mérycisme héréditaire. — Apparition dès l'enfance. — Suspension par les maladies intercurrentes.* (*Froriep's Notizen*, t. XLV, p. 337.) — On trouve dans les *Transactions philosophiques* l'histoire d'un cas de mérycisme relatif à un jeune homme de Bristol, âgé de vingt ans, et dont le père était mérycole. Lui-même ruminait depuis aussi longtemps qu'il pouvait s'en souvenir. La rumination, toujours précédée d'une sensation de *plénitude* à l'épigastre, commençait environ un quart d'heure après le repas, s'il y avait eu beaucoup de liquides absorbés; sinon un peu plus tard. Si ce repas avait été copieux, l'intervalle se prolongeait en conséquence. Les aliments, remontant dans l'ordre où ils avaient été digérés, étaient broyés une deuxième fois sans aucun dégoût de la part du malade, puis redescendaient dans l'estomac sans donner lieu à de nouveaux phénomènes. Les *maladies intercurrentes* interrompaient la rumination.

Cette dernière particularité se retrouve dans l'observation que nous allons maintenant rapporter et qui, de plus, nous fournit un nouvel exemple de l'hérédité du mérycisme.

Observation VII. — *Hérédité. — Mérycisme dès l'enfance, involontaire, partiel. — Mastication complète. — Santé générale bonne. — Suspension du phénomène par les maladies intercurrentes.* (*Froriep's Notizen*, t. XLV, p. 337.) — Le Dr Elliotson rapporte le cas d'une *dame de quatre-vingt-neuf ans qui rumine dès sa plus tendre enfance.* Elle jouit d'une *excellente santé* et vit depuis très longtemps de la manière suivante : au déjeuner, elle mange du pain blanc et des pommes de terre; le soir, du thé et quelquefois du café. Elle *mâche complètement* les aliments : avant la rumination, cette dame *n'éprouve jamais de sensations de plénitude stomacale.* La rumination se produit en général après chaque repas; elle est constante après le dîner. Elle arrive parfois *aussitôt* après le repas, d'autres fois une heure après ou même davantage : elle est accélérée par l'ingestion d'une grande quantité d'eau. Les aliments remontent dans la bouche, en produisant un bruit semblable à un *gargouillement;* ce sont les premiers ingérés qui reviennent les premiers. Le vin, la bière, le cidre ne reviennent jamais; le thé ne remonte que le soir; l'eau remonte toujours et paraît favoriser beaucoup la rumination. Les parties solides des oranges remontent constamment dans la bouche tandis que le jus reste dans l'estomac. Les substances médicamenteuses restent toujours dans l'estomac. Les aliments qui sont rumi-

nés n'ont pas un goût désagréable. Il faut en excepter le thé et les substances grasses qui, parfois, reviennent à différentes reprises jusqu'à ce que la malade les rejette. *La rumination est involontaire.* Elle est toujours suspendue dans le cours des maladies intercurrentes.

Le *père* et *l'un des frères* de cette personne étaient ruminants; mais ils sont morts de bonne heure.

En dehors du fait d'hérédité, nous remarquerons, sans y insister pour le moment, que chez cette mérycole : 1° la mastication était complète; 2° que le mérycisme était partiel et involontaire; 3° qu'il était suspendu sous l'influence des maladies intercurrentes ; 4° que la santé générale fut toujours bonne, et cela jusqu'à un âge avancé.

Cette dernière proposition pourrait faire penser à l'innocuité du mérycisme, prenons garde et remarquons que la mérycole dont il s'agit ne songea jamais à entraver cette fonction anormale. Dans le cas contraire, et les deux observations suivantes le prouvent, le mérycisme, arrêté dans sa production, peut influer gravement sur la santé générale.

Observation VIII. (Ducasse, *Ibid.*) — L'homme qui fait le sujet de cette observation *parvint à l'âge de soixante-dix ans, bien qu'il ait ruminé dès sa plus tendre enfance.* Chaque fois que le mérycisme était interrompu ou ne s'accomplissait pas régulièrement, il tombait malade, et n'était bien portant que s'il reprenait de plus belle. Dans les dernières années de sa vie, il ne ruminait pas aussi bien qu'auparavant. — A l'autopsie, on constata un *squirrhe du pylore;* et *une ulcération cancéreuse sur la grande courbure*, au voisinage de la rate.

Observation IX. — M. Vincent (*Compte rendu de l'Académie des sciences;* 1853, t. XXXVIII, p. 31) rapporte un cas de mérycisme, observé chez M. Willame et datant de la jeunesse. Cette perversion des fonctions digestives avait commencé à se montrer dès le début d'un *voyage en mer;* mais elle avait persisté après le débarquement. La rumination s'opérait environ une demi-heure après l'ingestion des aliments et, dans l'espace de dix années, elle avait réduit le malade à un état de marasme qui semblait annoncer une fin prochaine. Ce fut alors que, sur l'avis d'un médecin, il essaya de soumettre à une seconde mastication les aliments qui remontaient de l'estomac presque dans le même état où ils avaient été avalés. L'assimilation ne s'exécuta jamais que d'une manière très imparfaite comme le prouvait l'état de maigreur et de faiblesse du sujet. Cependant, avec cette santé languissante, *il vécut encore quarante-cinq ans et atteignit l'âge de quatre-vingt-trois ans.*

Nous nous sommes un peu écartés de l'étiologie en faisant remarquer l'influence du mérycisme sur la nutrition : l'observation précédente nous y ramène en nous montrant qu'en dehors de l'hérédité, le mérycisme peut éclater sous l'influence de *causes occasionnelles* : ici c'est un *voyage en mer*; dans le cas ci-après, c'est une cause à peu près semblable, un *traumatisme*, qui provoque l'éclosion des troubles de la digestion.

Observation X. — M. Boucher, médecin à Montpellier, cite le cas d'un conscrit de l'armée d'Italie qui fut réformé pour une *rumination* dont il rapportait la *cause* à une *chute faite sur l'estomac*, et à la suite de laquelle il cracha le sang pendant cinq mois.

Ces deux derniers faits nous ont montré le mérycisme éclatant sous l'influence de causes traumatiques; dans celui que nous allons rapporter les mêmes phénomènes sont dus à une autre cause, la *voracité*. La voracité a été souvent signalée comme cause du mérycisme et la vérité est qu'elle se retrouve chez la plupart des mérycoles. Maintenant est-ce là une cause ou un symptôme? Cela est bien difficile à affirmer ; car, si l'on cite des mérycoles qui le sont devenus assez tard par suite de voracité, on en cite d'autres, mérycoles dès l'enfance, et chez lesquels la voracité était aussi manifeste. Quoi qu'il en soit, nous ne nous appesantirons pas plus longtemps, actuellement, sur cette partie de notre sujet et nous rapporterons les exemples suivants sans commentaire :

Observation XI. — Salmuth (*Obs. med. cent.*, 1, obs. C, p. 59) cite le cas d'un écolier de Marienburg qui était atteint de rumination. Il était très vorace et avalait les aliments presque sans trituration. Il avait moins *de quinze ans*.

L'existence de la voracité, très nette dans le cas précédent, l'est aussi dans bien d'autres (Obs. XVII, XVIII, XIX). Ce fait presque général, comme on le verra, souffre cependant quelques exceptions, témoin la suivante :

Observation XII. — Daniel Ludwig (*Ephémérides des curieux de la nature;* Déc. 1, années IX et X, Obs. CLX) rapporte le cas d'une jeune fille, *très sobre*, atteinte d'une rumination qui la *dégoûtait*, et qu'elle ne pût maîtriser tout en diminuant de plus en plus la quantité d'aliments qu'elle ingérait.

C'est là le seul cas, parmi tous ceux que nous avons pu recueillir, où la sobriété ait été constatée chez un sujet mérycole. L'observation XIII rentre à ce point de vue dans la règle. Cependant, ici, la cause de l'affection ne fut pas la voracité, car les premiers phénomènes se manifestèrent à la suite d'une maladie aiguë, une variole. Affection bizarre sur laquelle les mêmes maladies peuvent avoir des causes absolument opposées : ici une maladie intercurrente provoque l'éclosion du mérycisme, tandis que, dans d'autres cas, parmi lesquels nous en avons déjà cité quelques-uns au passage, les *maladies intercurrentes* ont amené la disparition, au moins momentanée, de la rumination.

Observation XIII. — *Mérycisme à la suite d'une variole à l'âge de sept ans. — Conservation de l'appétit; voracité. — Guérison à vingt ans par le coït*[1]. — Il s'agit d'un jeune homme âgé de vingt ans, d'une assez faible constitution, portant au cou des cicatrices de scrofule, qui, depuis l'âge de sept ans, *à la suite d'une petite vérole confluente,* éprouve, après chaque repas, des rapports qui lui font remonter les aliments de l'estomac dans la bouche. A l'origine, il rejetait ces gorgées d'aliments; mais comme il vit que bientôt après il souffrait de la faim, il prit le parti de les mâcher et de les avaler de nouveau. Il mange *avec appétit,* un *peu vite* et ne boit que de l'eau. Une demi-heure après le repas, il éprouve un sentiment de malaise dans la région épigastrique et la rumination commence. Les aliments en revenant dans la bouche ne paraissent avoir subi aucune altération dans l'estomac et n'ont pas mauvais goût. Aussi les mâche-t-il de nouveau avec *plaisir*. Quand il s'endort après le repas, il est forcé de se réveiller au bout de deux heures pour vomir tout à la fois les aliments qu'il n'a pu ruminer.

Ce jeune homme, réformé pour sa maladie, se marie. *Le lendemain même de ses noces* (et il affirme n'avoir jamais usé du coït avant cette époque) le mérycisme commença à diminuer. Huit jours après, il en était complètement délivré, aussi bien que de la soif intense qu'il éprouvait auparavant dès qu'il avait fini de ruminer.

Ce fait étrange de la disparition du mérycisme sous l'influence d'un acte tout physiologique se retrouve encore dans l'observation suivante, presque analogue de tous points à celle que nous venons de citer. Peut-être est-ce la même : en effet,

[1] Filhol et Tarbès in *Biblioth. med.*, t. XXXIV, p. 249; t. XL, p. 232; t. XLI, p. 375; t. LXXII, p. 119.

dans la première, le mérycisme débute à sept ans, dans la suivante à six ans et, à la suite de la même maladie, il disparaît de la même façon au bout de huit jours de mariage chez les deux sujets, vierges tous deux, à peu près vers le même âge. Nous signalons ces rapprochements : comme rien dans nos recherches ne nous a indiqué que le second cas n'était qu'une reproduction du premier, nous le citerons ici :

Observation XIV[1]. — Le nommé Claverie, journalier, ne commença à ruminer qu'à l'âge de six ans, à la suite d'une *petite vérole;* cela dura ainsi jusqu'à l'âge de vingt-trois ans. A cette époque, il se maria: *le lendemain de son mariage, il remarqua avec surprise que la rumination diminuait;* huit jours après, elle avait totalement cessé, sans qu'il éprouvât pour cela des douleurs dans un organe quelconque. Un fait à signaler est que ce jeune homme affirme n'avoir jamais eu de rapports sexuels avant son mariage.

Les troubles fonctionnels de l'estomac paraissent aussi jouer quelquefois le rôle de causes occasionnelles, comme nous le verrons tout à l'heure; d'autres fois, le mérycisme exercerait peut-être une action réciproque du même genre, pouvant amener le développement d'autres affections de l'estomac: c'est ce que semblerait indiquer l'Observation ci-dessous ainsi que l'Observation VIII.

Observation XV[2]. — Cette observation a trait à un soldat qui mourut à Toulouse à l'âge de cinquante-neuf ans. Dès sa plus tendre enfance, cet homme eut le pouvoir de rejeter les aliments qui l'incommodaient sans que sa digestion eût à en souffrir le moins du monde. *De là à la rumination il n'y avait qu'un pas.* Il fut vite franchi, le mérycisme devint bientôt chez cet homme un acte naturel. Il *disparut cependant dans le cours de la maladie dont il mourut* (*cancer du pylore*).

A l'autopsie, rien d'anormal dans la conformation de l'estomac. La cavité était simple, sans diverticulum ni rétrécissements.

Nous penserions volontiers que, dans ce cas, le cancer ne serait qu'un résultat de l'action exercée par le mérycisme sur les fonctions digestives. Ce phénomème entravant journellement le fonctionnement régulier de l'estomac, imposant pour ainsi dire une surcharge de travail à cet organe, peut

[1] Ducasse. — *Froriep's Notizen*, t. XLVII, p. 95, 1836.
[2] Ducasse, *Ibid.*

parfaitement en avoir fait un *locus minoris resistentiæ* favorisant l'éclosion des néoplasmes chez un individu en puissance de diathèse.

Quant à la suspension ultérieure du mérycisme par le cancer, elle peut alors s'expliquer en admettant que le néoplasme une fois développé, ayant attaqué la structure même de l'estomac ait apporté un trouble dans les fonctions habituelles de cet organe, surtout si l'on admet avec certains auteur que le mérycisme est dû à une susceptibilité exagérée de la muqueuse de l'estomac ou à une plus grande énergie de ses fibres musculaires. Cette hypothèse serait aussi applicable à l'Observation VIII dans laquelle le sujet, mort d'un squirrhe du pylore, ruminait moins bien à la fin de la vie.

En dehors de la suspension du mérycisme par le fait du cancer, nous ferons encore remarquer, dans l'observation qui précède, le mode de début du mérycisme qui ne s'est établi que graduellement comme dans les Observations IX et XIII.

Nous avons signalé tout à l'heure les troubles des fonctions digestives comme pouvant occasionner l'apparition de la rumination. Nous rappellerons à ce propos l'observation V ayant trait à un individu qui avait des *éructations acides* avant l'apparition du mérycisme et nous allons rapporter des observations où le phénomène est survenu à la suite d'une indigestion ou même chez un sujet *déjà dyspeptique*. Nous ferons remarquer aussi que la voracité, le défaut de mastication presqu'ordinaires chez les mérycoles, peuvent fort bien rentrer dans cette catégorie de causes et ne favoriser l'apparition du mérycisme qu'en provoquant d'abord des troubles dans les fonctions de l'estomac.

Observation XVI. — *Mérycisme survenant à la suite d'un excès. — Début graduel. — Suspension par un accès de goutte. — Boulimie. — Diminution du mérycisme*[1]. — M. R..., maître de forges, à trente-deux ans, en 1798, eut, *à la suite d'une orgie*, une *indigestion* dont il pensa mourir. Puis survint après chaque repas un hoquet ramenant des aliments, qui redescendaient ensuite dans l'estomac, sans avoir aucun mauvais goût.— La rumination, qui finit par s'établir complètement, était annoncée par une sorte de *spasme de l'œsophage* et un besoin d'*éructation*. En 1806, elle fut *suspendue par un accès de goutte*.

En 1811, il fut atteint d'une sorte de *boulimie* qui dura près de trois

[1] Percy. — *Dictionnaire en soixante volumes*, art. *Mérycisme*.

mois et ne cèda qu'en laissant des douleurs épigastriques, des nausées au moindre écart de régime, de l'anorexie, et *une diminution* du mérycisme.

On voit donc que, chez ce malade, outre le début graduel déjà signalé (Obs. IX, XIII, XV), ainsi que la suspension par les maladies intercurrentes (Obs. VI, VII, XV), le mérycisme apparut à la suite d'une *indigestion*. Le fait suivant, plus net encore à ce point de vue, nous montre le mérycisme apparaissant chez un individu souffrant déjà de *dyspepsie*.

Observation XVII. — *Mérycisme.— Dyspepsie préexistante. Début graduel. — Conservation de l'appétit ; voracité; constipation habituelle. — Les liquides ne sont ruminés que s'ils sont pris en grande quantité. — Suspension momentanée de la rumination par contraction de la volonté; mais rejet consécutif des aliments en masse*[1]. — Le sujet est un homme de moyen âge, d'une assez bonne constitution, habitué dès sa jeunesse à *manger très vite*. Depuis quelques années il avait déjà de *la dyspepsie* et rejetait deux ou trois heures après ses repas les liquides ingérés qui avaient alors un goût aigre. Cette affection se changea ensuite en une véritable rumination qui se compliqua d'une éruption cutanée. *L'appétit était conservé* : le malade mangeait *gloutonnement sans soif; constipation habituelle.* Sommeil tranquille. Une demi-heure ou une heure après le repas, une *sensation de plénitude* dans la région du cardia l'obligeait à faire une grande inspiration; dès qu'elle se terminait, un bol alimentaire s'élevait de l'estomac et arrivait dans la bouche au commencement de l'expiration. Il en était ainsi jusqu'à ce que tous les aliments eussent été soumis à une seconde mastication qui était plus agréable au malade que la première. C'était les premiers avalés qui revenaient les premiers. *Les liquides ne remontaient que s'ils étaient pris en grande quantité.* Pas de nausées ni de mauvais goût dans la bouche. Le malade pouvait *retenir les aliments* en concentrant son attention sur un autre objet au moment de la sensation de plénitude au cardia. Mais quelque temps après, les aliments solides des liquides, devenus âcres, amers, revenaient tout à la fois et étaient rejetés, mais sans douleurs ni efforts de vomissement.

Cette affection disparut en quelques semaines sous l'influence de purgatifs, de toniques végétaux, de bains tièdes et de frictions sèches.

Nous ferons remarquer, à propos du début graduel déjà noté (Obs. IX, XIII, XV, XVI), un fait curieux qui ressort de cette

[1] James Copland. — *Bull. méd.*, t. LXXIV, p. 417.

observation, c'est que les liquides qui, à l'origine, étaient seuls ruminés, ne le furent plus tard que s'ils étaient pris en grande quantité. Ajoutons que ce fait est un exemple de rumination ayant abouti à la guérison sous l'influence d'un traitement approprié : de plus, chez le sujet actuel, la volonté était impuissante à retenir les aliments dans l'estomac. Les cas de ce genre soit relativement fréquents. (Obs. VII.)

Observation XVIII. — Le Dr Delmas a connu un étudiant en médecine à Paris, Helvétien d'origine et gros mangeur, atteint de *rumination involontaire* mais *non incommode*.

Observation XIX. — Blumenbach rapporte[1] quatre exemples de mérycoles : chez deux la fonction était volontaire et s'accompagnait d'une véritable sensation de plaisir.

Cependant on voit que la volonté peut aussi avoir quelque influence sur la production du mérycisme : Darwin cite l'exemple d'un homme qui choisissait à volonté parmi les aliments ingérés dans son estomac ceux qu'il voulait ruminer. Sans être aussi concluante, l'observation suivante nous montre aussi l'action de la volonté sur la rumination; mais alors la rétention des aliments s'accompagnait de douleur: on verra ce point signalé encore plus loin (Obs. XXVIII). Ce fait, ainsi que l'influence de l'arrêt de la rumination sur la nutrition, prouve bien que ce n'est pas là une maladie, comme nous l'avons dit plus haut, mais une sorte de fonction anormale.

Observation XX. — M. Roubieu[2] a observé un jeune homme d'une constitution faible, d'un appétit *vorace*, qui, après ses repas, était sujet à une rumination *qu'il ne pouvait empêcher, sans souffrir de douleurs épigastriques*. La rumination était précédée d'*éructations*, ne provoquait pas de dégoût et cessait au bout d'une demi-heure. — Il périt d'hémoptysie à trente ans.

Dans l'Observation XVII, nous avons vu aussi un homme suspendant volontairement la rumination. Mais, chez lui, cet arrêt n'était pas momentané et, malgré la concentration de la volonté, les aliments étaient bientôt rejetés en masse.

Ces quelques exemples nous montrent la volonté agissant dans les deux sens, soit pour arrêter, soit pour produire le

[1] *Froriep's Notizen*, t. XLV, p. 337.

[2] *Ann. Soc. méd. Montpellier*, t. IX, p. 283, 1808.

mérycisme. Ce dernier point ressort encore de l'observation suivante :

Observation XXI. — *Mérycisme sans effort ni douleur. — Influence du régime; constipation persistante. — Production volontaire du mérycisme*[1]. — Le Dr Fronmüller (de Fürth) a observé trois cas d'hommes ruminants, dont deux superficiellement. Le troisième, âgé de vingt et un ans, a sa mère atteinte d'une affection chronique de l'estomac. Il a son infirmité depuis l'âge de dix ans et il l'attribue *à l'ingestion d'une eau fétide* provoquée par une soif vive. Il fut traité sans succès par les vomitifs. Sauf une *constipation persistante,* il se porte assez bien.

Il rumine sans effort de vomissements, même souvent avec plaisir, et la rumination suit de près le repas. Ce sont les viandes et les boissons qui remontent le moins; les légumes remontent toujours. Lorsqu'il est tranquille, il peut faire remonter volontairement les aliments, mais sans les choisir comme le ruminant de Darwin; il peut souvent retenir les aliments. La bouillie alimentaire, d'abord, épaisse, devient à la fin liquide et amère. Le soir, il ne rumine pas. Langue toujours chargée.

De plus, cette observation se rapproche de l'Observation XVII par le fait de rumination partielle, c'est-à-dire ne s'exerçant que sur certains aliments. Nous avions déjà vu au passage certains cas de ce genre. Ainsi, dans l'Observation VII, les boissons n'étaient jamais ruminées, de même dans l'Observation XVII, ici ce sont les viandes et les boissons. Et, de plus, la rumination ne suit pas tous les repas.

Rapprochons de ces faits le suivant, qui est aussi une sorte de rumination partielle, mais d'un autre genre, car le sujet ramène tous ses aliments de sa bouche, pour n'en ruminer ensuite qu'une partie.

Observation XXII. — Welsh (*Obs. med.*, ép. XXXVI) rapporte l'histoire de Edouard Damies qui, une heure ou deux après le repas, ne pouvait s'empêcher de ramener par une sorte de *rumination* son manger dans sa bouche, d'où il *rejetait les substances grasses* qui n'avaient pu convenir à son estomac.

Bien que cela soit rare, il peut arriver que le mérycisme soit provoqué : tel est le cas de M. le professeur Brown Sequard, rapporté par M. R. Blanchard.

[1] *Gazette médicale de Strasbourg*, année 1870, p. 123.

Observation XXIII. — « Chez M. Brown-Séquard, dit-il, le mécanisme s'établit à la suite d'expériences, par lesquelles ce physiologiste cherchait à déterminer la durée du séjour que devraient faire dans l'estomac, les divers aliments, pour s'y digérer complèment. Dans ce but, il reproduisait sur lui-même les expériences classiques de Réaumur et de Spallanzani: il avait une éponge, maintenue au dehors par une ficelle, et au centre de laquelle se trouvait l'aliment. Ces expériences allèrent bien pendant quelque temps, puis, à un certain moment, l'estomac se révolta et rejeta l'éponge. M. Brown-Séquard lutta longtemps contre son estomac, dans l'espoir de déterminer en lui une accoutumance; mais le rejet de l'éponge persistant et s'accompagnant même de la régurgitation des aliments, il dut s'avouer vaincu et cesser ses expériences. La réjection n'en persista pas moins et constitua pendant longtemps une véritable infirmité. »

Nous dirons avec M. R. Blanchard que « ce nombre restreint de cas ne peut évidemment donner aucune idée de la quantité relative de mérycoles qui existent de par le monde, car, le plus souvent, le trouble fonctionnel dont sont atteints les mérycoles ne constitue point une infirmité et n'a même rien que de très agréable : les personnes de cette catégorie n'ont donc aucun intérêt à consulter un homme de l'art, n'étant aucunement gênées par le retour des aliments. D'autres mérycoles ruminent inconsciemment, pour ainsi dire, sans se douter que cet état physiologique leur est particulier, et on les étonnerait assurément beaucoup si on leur apprenait que cette fonction ne leur est point commune avec tous les autres hommes; tel était le cas du sujet observé par Armaingaud. Tel est aussi mon propre cas. Je n'ai aucun souvenir de l'époque à laquelle le mérycisme a pu s'établir chez moi : en tout cas, il remonte à ma plus tendre enfance, et il m'incommode si peu que je l'aurais considéré comme un phénomène physiologique normal, si les livres ne m'eussent appris le contraire. Je m'inquiétais du reste fort peu de savoir si les personnes de mon entourage ruminaient également, tant la chose me semblait naturelle ».

Observation XXIV. — Outre les détails qui précèdent, concernant son propre cas, M. Blanchard en ajoute d'autres qu'il a consignés dans l'article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, d'où la citation précédente est tirée. Il a remarqué « qu'il ruminait davantage quand il prenait rapidement son repas, se livrait, au sortir de table, à un travail intellectuel ». Suivant sa propre observation, chaque réjection serait déterminée par l'abaissement du dia-

phragme, et la dépression des muscles abdominaux. « Ces muscles, ajoute-t-il, peuvent, du reste, se contracter à des degrés divers, et, même en observant dans une glace, leur action peut très bien passer inaperçue ». Et il dit encore : « qu'il mange de préférence certains mets, uniquement dans l'attente de l'agréable sensation qu'ils lui procureront lors de la rumination. Quand, cependant, les aliments séjournent dans l'estomac depuis trois ou quatre heures, il est assez fréquent de leur trouver un goût désagréable, amer ou acide, suivant le cas. »

Nous avons terminé la première partie de notre travail et rapporté tous les cas à nous connus de mérycisme observés chez les individus sains d'esprit. Nous n'en tirons en ce moment aucune conclusion générale ; nous espérons qu'on nous pardonnera nos longueurs et des redites inévitables. Mais nous avons pensé qu'il serait bon de réunir toutes ces observations jusque-là disséminées et d'en faire une sorte de préface à l'étude complète du mérycisme, que nous allons aborder maintenant à propos des cas observés chez les idiots ou les aliénés.

## IV. — DU MÉRYCISME CHEZ LES IDIOTS.

*Étiologie.* — Les *causes* du mérycisme peuvent se diviser en deux classes : les *causes occasionnelles* et les *causes prédisposantes.* Nous venons d'en passer quelques-unes en revue dans le chapitre précédent; aussi nous ne ferons que les rappeler pour mémoire dans cette classification.

*Causes occasionnelles.* — Les causes occasionnelles du mérycisme sont assez nombreuses. Nous avons déjà signalé comme pouvant rentrer dans cette classe de causes : l'*imitation* (Obs. III et IV); en voici encore un nouvel exemple, dont nous ne discuterons d'ailleurs pas la valeur.

Observation XXV. — Abraham Will rapporte le cas d'un *idiot,* né d'une mère *idiote,* qui s'accoutuma à ruminer après avoir passé des années avec des animaux ruminants. (*Dictionnaire en soixante volumes,* art. *Mérycisme.*)

Nous avons vu aussi le mérycisme apparaître à la suite de *maladies aiguës* (Obs. XIII et XIV), d'un *voyage en mer* (Obs. IX),

d'*une chute sur l'estomac* (Obs. X). De ce dernier genre de causes, on pourrait en rapprocher une qui aurait, suivant Cambay, une certaine valeur : c'est la *compression de l'estomac par les vêtements trop serrés*.

Mais, le plus souvent, c'est à l'occasion de *troubles survenus dans les fonctions digestives* que se développe le mérycisme. Nous avons déjà vu trois observations (V, XVI et XVII) dans lesquelles le mérycisme est apparu à la suite d'une *indigestion grave* ou chez des individus ayant déjà des *éructations acides* ou *souffrant de dyspepsie*. Toutes les causes qui viennent entraver les fonctions de l'estomac peuvent par cela même provoquer, dans certains cas, l'apparition du mérycisme. C'est ainsi qu'agirait la *voracité*, presque ordinaire chez les mérycoles, puisque, sur toutes les observations où l'on a songé à la rechercher, une seule fois (Obs. XII) elle a fait défaut; on comprendrait sous cette dénomination l'action d'introduire dans l'estomac une trop grande quantité d'aliments à la fois et de manger trop vite, de sorte que l'estomac se trouve rempli instantanément.

A la voracité se rattachent les *troubles de la mastication*, très fréquemment observés chez les mérycoles, qui, pour la plupart, ne mâchent qu'imparfaitement ou même point du tout les aliments avant de les avaler pour la première fois. L'insuffisance de l'*insalivation*, accompagnant presque toujours celle de la mastication, rentre dans le même ordre de causes.

Les *altérations du système dentaire* peuvent agir dans le même sens, puisqu'elles sont un obstacle à la mastication. Dans beaucoup de cas, on n'a pas songé à signaler ce point; dans l'Observation XXVIII seulement, il est noté que le sujet était absolument privé de dents. Chez les idiots que nous avons observés à Bicêtre, le système dentaire était toujours défectueux, chez Gren.. surtout, où, avec les incisives supérieures, presque toutes les molaires font défaut ou sont presque complètement cariées. On comprend parfaitement que, dans des cas semblables, malgré les efforts du sujet, la mastication est toujours incomplète, surtout s'il y a coexistence de la voracité, comme chez Gren.., et doit occasionner par suite des troubles de la digestion. Il n'y aurait donc rien d'étonnant à ce que les altérations du système dentaire soient une cause peut-être indirecte, mais en tout cas efficace, du mérycisme.

On trouve encore, signalées par Cambay, plusieurs causes

occasionnelles de mérycisme qui n'agiraient toujours qu'en troublant plus ou moins l'exercice de l'estomac. Telles sont, par exemple, l'*étude* et les *travaux stationnaires* peu ou point actifs immédiatement après le repas; les aliments réfractaires à l'action de l'estomac, les aliments crus, trop peu ou trop cuits, les parties tendineuses, aponévrotiques, les substances facilement altérées par le suc gastrique, le lait, les œufs peu cuits; certains poissons, la morue salée, la raie fraîche, les œufs de brochet; les viandes dures, coriaces; les corps gras, principalement la graisse de mouton; les substances de mauvaise qualité. Cette dernière cause serait celle du mérycisme dans l'Observation XXI, où ce phénomène a suivi l'ingestion d'une eau fétide. Enfin, l'*insuffisance des sucs digestifs* (*Dict. encycl. des Sciences méd.*) a été signalée comme pouvant avoir une action sur la production du mérycisme.

Telles sont à peu près toutes les causes que l'on peut appeler *occasionnelles* de la rumination chez l'homme, en ce sens qu'elles en déterminent l'apparition à un moment donné et en favorisent ensuite l'exercice. Mais aucune d'elles n'est assez puissante pour la produire nécessairement; il faut en plus une prédisposition particulière tenant à des causes que nous allons maintenant examiner.

*Causes prédisposantes.* — L'*âge*, avons-nous dit plus haut, paraît n'être qu'une cause de faible importance, car le mérycisme débute à peu près à tout moment de la vie. Cependant, sa fréquence paraît diminuer à mesure que l'on avance en âge. En effet, sur vingt-trois observations où l'on a noté autant que possible l'âge des sujets au moment du début du mérycisme, on voit que quinze fois il est apparu avant 15 ans; sept fois entre 20 et 32 ans; une seule fois, le sujet avait atteint 40 ans.

Le *sexe* semble avoir une certaine influence comme cause prédisposante de la rumination. Nous n'oserions pas trop affirmer cette proposition : que l'homme est plus sujet à la rumination que la femme. Nous nous contenterons de dire que, sur toutes les observations de mérycoles parvenues à notre connaissance, il n'y a que cinq individus du sexe féminin en comptant le fait observé chez une idiote épileptique, par le Dr Lorenzo Monti, et que nous n'avons pu nous procurer.

Nous avons déjà fait remarquer plus haut le rôle de l'*hérédité* dans la production du mérycisme (Obs. I, V, VI, VII); nous ne reviendrons pas ici sur ce point; on trouvera d'ailleurs

encore plus loin (Obs. XXVIII) un fait de mérycisme héréditaire.

Ces causes prédisposantes générales ou définitives, même avec le concours des causes occasionnelles, sont bien insuffisantes pour expliquer le développement du mérycisme. Aussi se voit-on réduit à invoquer une prédisposition particulière de l'individu. Tous les auteurs qui se sont occupés du sujet n'hésitent pas à en placer le siége dans l'estomac; mais ils ne sont plus d'accord pour en expliquer la nature. Les uns invoquent une plus grande excitabilité de la muqueuse de l'estomac et une plus grande énergie de ses fibres musculaires tenant à leur développement exagéré (Cambay); d'autres attribuent le mérycisme à une paralysie du cardia (*Echo médical*, 1859, p. 648); d'autres, enfin, en font une névrose de la digestion ou le mettent sous la dépendance d'une conformation particulière de l'estomac (Littré et Robin). Cette diversité d'opinions tient vraisemblablement au petit nombre d'autopsies de mérycoles que l'on possède et au peu de renseignements qu'elles donnent sur les causes de ce phénomène, comme nous allons le voir dans le chapitre suivant. (*A suivre.*)

---

# REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

---

I. La folie doit-elle être considérée comme une cause de divorce? (Discussion entre MM. les Drs Blanche et Luys, *Bulletin de l'Académie de médecine*, séances des 9 et 20 mai, 13 et 20 juin 1882; *Annales médico-psychologiques*, juillet 1882; *l'Encéphale*, nos 2 et 3, 1882.)

On se souvient que, consultés par la commission parlementaire chargée d'élaborer le projet de loi sur le divorce, au sujet de l'opportunité d'un amendement tendant à comprendre la folie parmi les causes de cette mesure légale, MM. les Drs Charcot, Magnan et Blanche se prononcèrent pour le rejet de l'amendement, et que leur avis fut écouté.

Peu de temps après, le 9 mai 1882, M. le Dr Blanche exposa à l'Académie de médecine les idées qu'il avait soutenues devant la commission parlementaire. Le 30 mai, M. Luys, qui n'avait pas été consulté, développa, devant la même compagnie, la doctrine contraire. Il y eut réplique de part et d'autre, et c'est cette discussion que nous voulons résumer très brièvement en nous appuyant sur l'argumentation de M. Blanche à laquelle nous nous rallions d'ailleurs, au nom de la science, de la légalité et de la morale.

Cette discussion a placé la question du divorce et de la folie sur un terrain à la fois médical, juridique et moral; elle a soulevé trois questions que nous allons examiner : une question de fait, une question de droit et une question de morale sociale.

*A.* — La folie, dans certaines conditions, dit M. Luys, doit être considérée comme incurable et entraîner le divorce, car l'aliéné chronique est un être déchu, « étranger au milieu ambiant », un véritable « mort vivant », et place son conjoint dans l'alternative de mener une vie éternellement triste et solitaire ou de se créer une nouvelle famille non reconnue par les lois.

Se fondant sur certaines théories physio-pathologiques qui lui sont propres et « sur des observations statistiques prises sur un grand nombre de malades suivis pendant de longues années », M. Luys déclare à l'Académie que la « folie » est incurable après quatre ans chez les hommes et cinq ans chez les femmes. — Bien que nous sachions à quoi nous en tenir sur le soin avec lequel il prend ses observations, il nous permettra de nous étonner de la précision qu'il apporte dans un sujet d'une appréciation si difficile. « Folie » est un terme vague qui serait plutôt le langage d'un homme du monde que d'un aliéniste; il comprend un grand nombre d'états psychopathiques très divers, qui sont loin de comporter un pronostic aussi général et une disposition légale uniforme. Nous comprendrions encore que M. Luys nous renseignât, avec sa statistique, sur le pronostic de la paralysie générale ou de la folie circulaire; mais, en allant plus loin, il nous semble aller un peu loin dans la généralisation.

Admettons cependant que les « aliénés », autre mot bien vague et que le véritable aliéniste n'emploie que comme abréviation, sous réserve de n'y attacher aucun sens précis, soient, en moyenne, incurables au bout de quatre ou cinq ans de maladie,

ou, pour accorder à M. Luys le bénéfice de la rectification ultérieure, au bout de quatre ou cinq ans de démence, en est-il bien toujours ainsi ? N'a t-on pas vu, et dans les plus mauvais cas, des guérisons tardives plus ou moins complètes ? N'a t-on pas vu, même dans les formes les plus graves de la démence paralytique, des rémissions souvent très longues, permettant aux malades, diminués peut-être, mais encore suffisants, de reprendre le cours d'occupations parfois difficiles et élevées ? Ne sait-on pas enfin, que beaucoup de délirants partiels peuvent être rendus sans inconvénients à leur famille après de longues années de chronicité ? Leur délire persiste, mais reste latent, si on ne cherche pas à le réveiller ; leur intelligence est amoindrie, mais encore suffisante pour leur assurer une occupation simple et facile ; leur sensibilité est émoussée, mais pas au point qu'ils ne puissent jouir des soins de leur famille ou souffrir d'en être abandonnés.

Voilà bien des difficultés dont M. Luys semble faire peu de cas. C'est pourtant à cet aliéné chronique, dont le sort est encore si incertain, que l'on voudrait appliquer une mesure qui, elle, est parfaitement nette et certaine. — Que, par hasard, il guérisse, que la maladie interrompe son cours ou que, lassée, elle lui laisse assez d'intelligence pour rentrer dans la société et assez de sensibilité pour souffrir, il n'en sera pas moins toujours un « mort vivant », sans famille, sans foyer et sans biens, si sa femme a su lui choisir à temps un successeur légitime.

*B.* — Que si nous admettons, cependant, que le jugement d'une commission de trois médecins soit tellement infaillible, que la marche de toutes les psychoses soit assez invariable et assez bien connue, que l'usage d'un cerveau humain soit d'une appréciation assez facile, pour qu'au bout d'un délai déterminé, un homme puisse être condamné à la perte définitive et irréparable de son foyer, de sa femme, de ses enfants, de ses droits familiaux, une pareille condamnation serait-elle légale ? Nous ne le pensons pas. Il est, en effet, contraire à toutes les règles instinctives et convenues du droit social de spolier un homme d'une partie de ses droits ou de ses biens sans le mettre à même de les défendre et l'aliéné ne pourrait le faire ni réellement ni même légalement et cela, parce qu'il est un aliéné. — Nous ne saurions, sans trop développer cette simple analyse et sans nous exposer à sortir des limites de notre

compétence, nous étendre davantage sur ce point traité, d'ailleurs, par M. Blanche, dans son premier discours académique.

*C.* — Une loi enfin, autorisant le divorce pour cause de folie, démoraliserait l'institution du mariage : ce serait une loi immorale. Les époux, dit le Code, se doivent naturellement fidélité, secours et assistance, et la conduite injurieuse ou l'indignité d'un des deux époux ont pu seuls, jusqu'ici, relever l'autre de ses devoirs. — Il était réservé à M. Luys d'y ajouter la maladie ; il serait difficile de s'arrêter sur cette pente et nous ne voyons pas ce qui empêcherait le mari d'une cancéreuse ou la femme d'un épileptique de réclamer la même faveur.

Ainsi que le fait remarquer justement M. Blanche, les conjoints d'aliénés, dont M. Luys tient à réparer l'infortune, n'ont assez souvent que ce qu'ils méritent et le malheur dont ils se plaignent n'est que le châtiment de leur imprévoyance, de l'avarice et de la vanité qui ont présidé à l'accomplissement de leur mariage. Il est juste qu'ils en soient punis, et ce n'est pas à la loi à réparer leur faute à leur profit, en l'aggravant aux dépens de leur conjoint désemparé. Pour s'accommoder aux nécessités pratiques et à l'état des mœurs du moment, la loi n'en doit pas moins tendre vers l'idéal ; obligée de tolérer souvent le vice, elle ne doit jamais le sanctionner. Or, une loi admettant la folie, c'est-à-dire la maladie, comme cause de divorce, réduisant le mariage à un simple acte d'association commerciale, ne ferait que justifier et sanctionner ce que le mariage a souvent d'immoral et de honteux. Aussi, nous joignons-nous à M. Blanche pour condamner le système que M. Luys a cru devoir défendre devant l'Académie au nom des faits, de la morale et de la légalité. E. CHAMBARD.

### II. DES RAPPORTS DE LA DÉMENCE PARALYTIQUE AVEC LA SYPHILIS ; par SNELL. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XXXIX, 2 et 3.)

La pluralité des paralysés généraux qui se sont présentés à l'observation de M. Snell avaient eu antérieurement la syphilis. La rareté de la paralysie générale chez la femme, rapprochée de la bien moindre fréquence de la syphilis chez elle que chez l'homme, ajoute l'auteur, pourrait également servir d'argument en faveur d'une relation entre la syphilis et la démence paralytique. D'autant plus que les prostituées, chez qui l'affection mentale en question paraît être assez fréquente, constituent le seul élément social

féminin souvent infecté. On sait, au reste, que la localisation de la syphilis sur le cerveau engendre souvent des phénomènes morbides très voisins de ceux de la paralysie générale. Toutefois, il n'est pas rare de constater entre l'absorption du virus et la manifestation de la psychose un répit, la nécropsie ne décelant alors aucune altération spécifique du cerveau. Peut-être certaines formes de syphilis sont-elles capables de déterminer dans l'organe central des modifications persistantes prédisposant tout au moins à la paralysie générale? Peut-être y a-t-il, par exemple, dans ces cas, des lésions syphilitiques du cerveau? La solution de l'ensemble de ces questions d'étiologie et de pathogénie réclame de nouveaux documents. P. K.

III. De l'hyoscyamine; par O. Kretz. (*Allgem. Zeitsch. f. Psych. u. psych. gerichtl. medic.*, XXXIX, 1.)

Ce médicament conviendrait dans certaines psychoses graves ayant résisté à tous les autres sédatifs; telles ces exaltations maniaques, ces manies chroniques, ces folies périodiques et circulaires avec agitation qui sont entretenues par des troubles de la sensibilité. C'est en agissant sur cette fonction qu'elle vient à bout du gâtisme et de la masturbation. Il y aurait contre-indication formelle à l'employer quand il existe des hallucinations sensorielles, principalement du côté de la vue. P. K.

IV. De la sclérose tubéreuse multiloculaire de l'écorce du cerveau (Contribution à l'anatomie pathologique de l'idiotie); par O. Breckner. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, XII, 3.)

Après un résumé de l'état de nos connaissances anatomo-pathologiques sur l'idiotie, M. Bruckner décrit un fait qui se rapproche presque absolument de l'observation de M. Bourneville[1]. La jeune fille que ce fait concerne, issue d'une famille phthisique, mais indemne quant au système nerveux, est en effet une idiote, non aphasique, en proie dès l'âge de neuf ans à des accès d'épilepsie, ainsi qu'à des attaques choréiformes se montrant à des intervalles assez éloignés; en ces dernières années, démence complète avec accès d'agitation intercurrents. Incertitude et maladresse dans les mouvements; démarche sautillante, sans cependant qu'on pût noter de perturbation grossière du côté de la motilité ou de la sensibilité. Mort à vingt-deux ans de phthisie. L'ensemble de la surface du cerveau est parsemée, rembourrée de nodosités scléreuses, variant en grosseur du volume d'un pois au diamètre d'une pièce de

[1] Voy. les *Arch. de Neurologie*, t. V, p. 94.

cinq francs en argent : on les voit s'élever au-dessus du plan des circonvolutions ou, par places, s'incorporer à la substance corticale qu'elles amplifient du double. Le microscope décèle l'existence dans les masses les plus dures d'un tissu conjonctif à fibres résistantes englobant de nombreuses cellules rondes, tandis que les cellules parenchymateuses ont presque entièrement disparu. Les noyaux moins résistants se composent d'un réticulum lâche, dont les mailles fines semblent avoir condensé en un petit espace nombre de cellules normales de la substance grise. C'est le lobe frontal, à l'exception de la troisième circonvolution (à gauche), ou tout au moins du segment postérieur de celle-ci (à droite), qui constitue, de concert avec les circonvolutions ascendantes du côté gauche, le lieu d'élection des foyers, comme quantité et comme grosseur. L'auteur attribue : aux lésions frontales, la déchéance intellectuelle; à celles de la région motrice, l'épilepsie ainsi que les anomalies du mouvement. Les deux hémisphères cérébelleux contiennent chacun un petit nodus scléreux ; on trouve dans les ventricules un épendyme granuleux ainsi que des proliférations polypiformes. M. Brückner fait ressortir l'analogie de cet état avec l'hypertrophie cérébrale. P. K.

V. Quelques mots sur les oscillations pondérales de l'économie chez les épileptiques ; par von Olderogge (de Saint-Pétersbourg). (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, XII, 3.)

La perte de poids que subissent les épileptiques pendant leurs accès est faible ; elle ne présente aucun caractère particulier et ne saurait par conséquent servir à reconnaître la simulation. Telles sont les conclusions basées sur quatre observations bien prises que l'auteur dirige contre M. Kowalewski [1]. P. K.

VI. Des frictions du crane dans la paralysie générale progressive ; par Oebeke. (*Allg. Zeitschr. f. Psych. u. psych. gerichtl. Medic.*, XXXVIII, 2 et 3.)

La révulsion exercée sur le crâne pendant les attaques apoplectiformes ou épileptiformes qui menacent immédiatement la vie du dément paralytique est-elle utile ? L'auteur prétend avoir obtenu des améliorations dans l'attaque même (six observations), avoir réussi à reculer la production de nouveaux foyers, et, par suite, avoir prolongé la vie des aliénés en question par le procédé suivant : dans les vingt-quatre heures qui suivent l'acte, on frotte toutes les cinq ou six heures une région du crâne déterminée par les

[1] V. les *Archives de Neurologie*, t. II, p. 278.

moyens que l'on sait au niveau des zones psycho-motrices supposées atteintes, sur une étendue du diamètre d'une pièce de un franc, à l'aide de la pommade que voici :

2. Bichlorure d'hydrargyre.
Cantharides.
Liqueur de chlorure d'antimoine composée avec 5 p. d'HCl.
— 1 p. de sulfure noir d'Sb.
D = 1,34 à 1,36.
} ãã. 1 partie

Onguent basilicum..... ..... 4 parties.

Il se produit rapidement une eschare que l'on entretient au besoin. Malgré la nullité des effets sur l'état mental, M. Oebeke invite à user du remède prématurément, largement, sans en marchander l'activité. P. K.

VII. Communication provisoire sur l'influence de l'atropine sur l'épilepsie; par Kœllner. (*Allg. Zeitsch. f. Psych. u. psych. gerichtl. Med.*, XXXVIII, 2 et 3.)

Toutes les fois, dit l'auteur que l'accès, quelle qu'en soit la forme clinique, s'annonce par un pouls fréquent dont la résistance au doigt s'écarte de la normale chez l'individu considéré (mollesse ou dureté), et concurremment par du myosis, on peut se croire autorisé à user des injections sous-cutanées d'atropine, aux termes des expériences publiées sur l'action du médicament ainsi employé. M. K... affirme, sans cependant appuyer ses assertions sur des observations, que l'atropine a exercé en ses mains une certaine influence sur l'accès attendu, soit en le retardant, soit en le modérant, toujours en assurant le calme mental et en libérant les facultés intellectuelles. Disparition de l'hébétude, de l'agitation et du gâtisme post — ou præ — paroxystiques, même chez de vieux épileptiques ; répartition plus uniforme dans l'état de mal des accès successifs et sédation psychique intervallaire; augmentation du laps de temps intermédiaire à deux accès, et, même en un cas, diminution réelle du nombre des accès : tels sont les résultats principaux. L'indication vasculaire, le mode d'administration, (un milligr. pour une injection), la nature du médicament (action rapide n'influençant pas l'appareil digestif, suppriment d'emblée les inconvénients d'un emploi continu (toxicité, saturation). Les doses pourraient être élevées à 0,002 (Fasalli) ou 0,003 (Nothnagel), par injection au besoin; on serait averti de la limite de tolérance par des accidents, d'ailleurs passagers, tels que sécheresse de la gorge, vertiges, vomituritions qui se produisent à la suite

d'un usage prolongé et fréquent : aucun inconvénient local. Cette médication devrait être préférée au bromure, dans les épilepsies incurables. P. K.

VIII. Superstition et responsabilité; par Otto Schwartzer. (*Jahrb. f. Psych.*, III, 3.)

Un garde forestier, âgé de quarante-cinq ans, marié, en bonne fortune auprès de sa maîtresse, mariée de son côté, achève de s'enivrer en buvant avec elle dans l'obscurité deux ou trois litres de vin. Au moment de se coucher auprès d'elle il croit remarquer que le corps de celle-ci a la frigidité de la glace. Une telle impression lui suggère la pensée qu'au lieu de sa maîtresse il a à ses côtés un de ces farfadets auxquels la croyance populaire attribue le rôle de vampire. Cette femme répondant affirmativement à ses questions dans ce sens, il la blesse mortellement d'un coup de fusil; la victime a néanmoins avant de mourir le temps de témoigner de leur parfait accord. Le meurtrier avoue ou confirme tous les détails de l'instruction. Une condamnation, cassée bientôt pour insuffisance d'examen médico-légal, entraîne l'intervention du médecin-conseiller (*Landessanitätsrath*). Voici dans quel sens ce dernier rédigea son rapport. On doit, selon lui, ranger les superstitions dans le cadre des conceptions irrésistibles; toute superstition qui devient pour l'individu un article de foi qu'il accepte à l'égal d'un fait démontré enlève au croyant son libre arbitre et par conséquent sa responsabilité. Dans l'espèce ici considérée, l'absence de préméditation, la spontanéité des déclarations, l'ivresse constituent autant de facteurs additionnels d'irresponsabilité. P. K.

IX. Contribution a l'étude de la sensation sexuelle contraire (*inversion du sens génital*); par Sterz. (*Jahrb. f. Psych.*, III, 3.)

Le fait rapporté en détail dans cette note n'ajoute rien aux descriptions et analyses, déjà consignées dans les *Archives de Neurologie*[1]. Les experts nommés conclurent à l'amoindrissement des facultés mentales de par le fait d'un défaut d'éducation; en l'absence de tuteur, les impulsions sensorielles ont absorbé l'individu, lui faisant perdre toute force de volonté. Le rapport admit cependant un certain degré de responsabilité, les entraînements de l'inculpé ne participant pas de l'irrésistibilité. Condamnation à dix-huit mois de prison. M. Sterz adopte les conclusions de Krafft-Ebing sur cette question. P. K.

[1] Voyez les *Archives de Neurologie*, t. III, p. 53; IV, p. 132; V, p. 374 et 375.

X. De l'influence des maladies fébriles sur les psychoses; par Fritsch. (*Jahrb. f. Psych.*, III, 3.)

Il s'agit d'une communication faite à la Société psychiâtrique de Vienne sur deux cas de guérison de maladie mentale par un érysipèle de la face. Le premier fait concerne des manifestations de paralysie générale chez un alcoolique, le second a trait à une sorte de monomanie exaltée avec hallucinations (hérédité). C'est surtout à la fièvre [1], au sens de M. Fritsch, qu'il faudrait attribuer la guérison de ces psychopathies, par le mécanisme suivant. Le premier effet de la fièvre est d'accélérer les échanges chimiques dans l'intimité des tissus; elle relève donc la nutrition du cerveau languissante dans la mélancolie et dans un certain nombre d'états maniaques. Les améliorations observées dans la paralysie générale, sous la même influence, s'expliqueraient également par ce coup de fouet régénérateur donné à ceux des éléments nerveux dont la destruction n'est pas encore complète. C'est pour la même raison que l'écorce cérébrale du monomane reprenant sa spontanéité et ses qualités d'assimilation, devient apte à renverser, par ses propres conceptions rationnelles, l'échafaudage des idées délirantes systématiques émanées de l'inertie morbide des hémisphères. Les rouages précis de ces transformations échappent à l'observateur aussi bien que l'enchaînement des phénomènes qui président au rétablissement de la santé de gens valétudinaires tant qu'ils n'ont pas fait les frais d'une maladie fébrile; on ne peut savoir exactement si la perturbation histogénétique a déterminé des régénérations cellulaires, a rendu la perméabilité à des vaisseaux sanguins obstrués ou rétrécis, a augmenté l'irrigation en tel ou tel territoire. P. K.

XI. Des sensations; par Théodore Meynert. (*Jahrb. f. Psych.*, III, 3.)

L'auteur part de l'étude des réflexes. Les uns se manifestent par des mouvements de préhension; les autres, par des mouvements de rejet, chaque espèce étant en rapport avec des actions vasculaires différentes. Le centre vaso-moteur sous-cortical, d'abord affecté par l'incitation, réagit sur l'écorce d'où repart une innervation vasculaire secondaire, et c'est ainsi que la sensation émane de ce double jeu, en même temps qu'elle dépose dans les couches grises des hémisphères, l'image de l'impression perçue et des mouvements qu'elle entraîne. De là les associations d'idées. Exemples : telle excitation de la sensibilité agit par le centre sous-cortical sur la moelle comme vaso-constrictive, engendrant par l'anémie, l'anoxhémie des éléments nerveux de cet organe,

[1] Voyez les *Archives de Neurologie*, t. Ier, p. 476-478.

le mouvement de rejet primitif inconscient; l'effet vaso-constricteur se propage alors jusqu'à l'écorce et, nuisant à la vitalité des cellules, arrête de ce fait le travail de la pensée et les phénomènes biologiques pour lesquels le cerveau est indispensable; il s'en suit des mouvements de rejet secondaires conscients, pouvant aboutir, selon l'intensité, à la lipothymie, auxquels est liée la sensation de déplaisir, de douleur (asphyxie vasculaire temporaire des centres). Les tissus nerveux de l'individu conservent du processus entier, y compris le tonus angio-moteur, un souvenir complet, de sorte qu'ultérieurement, la vue, l'ouïe, le contact des objets qui ont une première fois développé la douleur elle-même provoquera à une autre époque, sans l'incitation sensible, la conception de l'enchaînement phénoménal qui se reproduira avec ses mêmes effets physiques et moraux, par le même mécanisme; la sensation désagréable sans la douleur corporelle s'appelle une émotion, une passion, une douleur psychique et se rattache aussi aux processus d'arrêt vaso-moteurs. La sensation qui entraîne le réflexe de préhension développe un mécanisme inverse dans le système cérébro-spinal, par les foyers vaso-kinétiques déjà nommés; à l'hyperémie corticale est lié un sentiment de bien-être en rapport avec le flux ininterrompu de la pensée. En somme, d'après Meynert, l'écorce du cerveau préside à deux séries d'élaborations actives : à l'innervation psychogénétique,— à l'innervation des vaso-constricteurs,— l'activité de chaque ordre de ces fonctions étant en opposition l'une par rapport à l'autre. La nature de l'incitation produit soit une anémie, soit une hypérémie vasculaire, et la sensation en soi est la forme de perception subjective de la somme des phénomènes physiologiques énumérés, en même temps qu'elle exprime les états inverses de la nutrition de l'écorce. L'emmagasinement dans les foyers corticaux des images commémoratives des sensations assure l'activité cogitative et la lutte pour la vie en poussant l'être à fuir les sources de destruction, à rechercher au contraire les sensations de félicité. La multiplicité de tous les actes, les manifestations de la liberté, devraient être rattachés à ces mêmes phénomènes, ainsi que les idées de sacrifice et la reconnaissance de l'humanité tout entière pour ses bienfaiteurs, l'immortalité. P. K.

XII. Démence aigue, stupeur, états de même ordre; par Schüle. (*Allg. Zeitschr. f. Psych. u. psych. gerichtl. Medic.*, XXXVIII, 2 et 3.)

Il n'y a pas lieu, dit l'auteur, de différencier la stupeur de la démence aiguë par la notion de la simple obnubilation des phénomènes psychiques ou de l'abolition de la pensée, la forme du trouble de la connaissance ne pouvant servir à pareille détermi-

nation. La même évolution, les mêmes symptômes psychiques, sensitifs, moteurs, trophiques, se rencontrent dans les deux modalités cliniques; toutes deux peuvent aboutir aux mêmes terminaisons, et les variabilités du pronostic s'appliquent aux deux processus en dépit des signes attribués par M. O. Binswanger à chacun d'eux (*Charité-Annal.*, sixième année). L'intensité plus grande dans les troubles de la conscience qui ressortit pour Binswanger à la démence aiguë, couvre une question de degré dans l'état pathologique et non une différenciation dans la nature de la maladie. La stupeur au surplus n'est, ajoute M. Schüle, qu'un syndrome qui peut exister ou manquer dans la démence aiguë, de même que dans toute autre entité psychopathique; il est des cas dans lesquels elle est effectivement synonyme de la démence aiguë primitive, parce qu'elle existe en cette dernière au suprême degré et en constitue le signe principal, comme le délire dans la pathologie mentale : souvent aussi, dans la folie, elle n'est que passagère. Après avoir appuyé l'ensemble de ces idées sur des observations, des analyses et des critiques, M. Schüle distingue, relativement à la cause, une stupeur psychique (pseudo-stupeur de Westphal), qui comprend les formes abortives et aboutit à l'extase, à la catalepsie (mélancolies, folie systématique sexuelle, hypnotisme); — une stupeur directement organique (suite des maladies fébriles graves, puerpéralité, folie épileptique, paroxysmes maniaques, folie suicide, délire aigu); — une stupeur cataleptique ou tétanoïde (folies systématiques sexuelles, manie avec agitation motrice); — une stupeur intercurrente relevant des formes catatoniques de la folie systématique. La genèse résulte toujours de vaso-constrictions cérébrales (phénomènes d'arrêt psychiques). Quant aux caractères, au pronostic, au mécanisme exact de chacun des éléments de la stupidité, étudiés en détail par M. Schüle, ils ne se prêtent pas à l'analyse, la pathologie générale psychologique exigeant la lecture intégrale des explications terminologiques qui la constituent en l'absence d'une physiologie psychique rigoureuse. P. K.

XIII. La perte en poids de l'économie peut-elle servir de signe diagnostique d'un accès d'épilepsie antérieur; par G. Krantz. (*Allg. Zeitschr. f. Psych. u. psych. gerichtl. Medic.*, XXXIX, 1.)

Des pesées méthodiques pratiquées pendant longtemps (quatre cents pesées matinales régulières, cent quarante-huit pesées à la suite des accès), chez sept malades en observation, ont démontré à l'auteur l'impossibilité de formuler une loi concernant le poids du corps à la suite de l'accès d'épilepsie. On ne saurait contester que les accès graves sont plus souvent suivis que les crises légères de déchéance pondérale; mais il ne s'agit pas là d'un phénomène

constant, car M. Krantz a également noté dans les mêmes conditions un état stationnaire, voire une augmentation dans le poids des individus qui venaient de faire les frais des phénomènes convulsifs. P. K.

XIV. Quelques observations sur la température dans la folie périodique; par Haase. (*Allg. Zeitschr. f. Psych. u. psych. gerichtl. Medic.*, XXXIX, 1.)

Dix-sept observations servent de justification au travail de M. Haase. Il prenait chez ces malades la température matin et soir. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé : l'agitation des *maniaques* est toujours liée à une ascension thermique, dont le degré correspond à l'accroissement de l'agitation; pendant les rémissions (périodes de calme), leur température somatique est presque constamment au-dessous de la normale. Toutefois, le chiffre de 38° n'a jamais été atteint. Deux de ces aliénés ont présenté le type thermique inverse (température matinale plus élevée que la température vespérale) pendant leurs accès.

Les deux observations qui ont trait à la *mélancolie* concernent un acmé thermique assez respectable (38° ont été notés) pendant la période d'agitation. Ici la température baisse également à mesure que l'accès prend fin (apparition de la dépression), mais sans descendre au-dessous de la normale.

Examinés dans leur ensemble, la plupart de ces malades ressortissent à la folie chronique ou secondaire et sont hantés par des hallucinations. P. K.

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

*Séance du* 23 *juin* 1883. — Présidence de M. Motet.

Après la lecture d'un rapport de M. Charpentier sur la candidature de M. Féré, qui est nommé membre titulaire de la Société, M. Motet demande à M. Legrand du Saulle où en sont les travaux de la statue de Pinel.

M. Legrand du Saulle. La statue doit être placée, vous le savez, au milieu de la place Pinel, dans l'axe de la porte de la Salpêtrière; mais la commission des bâtiments civils, qui voudrait voir la statue dans l'intérieur de la Salpêtrière, objecte que si on la place en face de la porte, elle gênera la circulation et nous propose de la mettre un peu de côté. Le retard dans l'érection du monument vient donc du mauvais vouloir de l'Assistance publique. Notre Société a fait hommage à la Ville de Paris d'une statue, dont la place a été désignée dans un décret signé du président de la République; nous sommes donc dans notre droit strict en exigeant la place qui nous a été promise. L'affaire en est là.

Laissez-moi, maintenant vous entretenir d'un autre sujet. Dans un procès récent, il m'a été posé une question à laquelle il est souvent fort difficile de répondre; vous allez voir pourquoi : En quoi, m'a-t-on demandé, le fait d'avoir un père aliéné constitue-t-il pour un criminel un droit à l'indulgence du jury? Dans le milieu où une semblable question est posée, il y a souvent des fils d'aliénés. Je voudrais que la société m'indiquât une formule qui permettrait de dire la vérité sans froisser aucune susceptibilité. Un jour un fils d'aliéné, siégeant sur le banc du ministère public, me posa cette même question d'hérédité et je fus très embarrassé pour émettre mon opinion.

M. Delasiauve. Il est difficile d'établir une règle fixe dans cet ordre d'idées. Pour l'épilepsie, par exemple, les lois de l'hérédité changent suivant que le fils est né avant ou après les premiers accès des ascendants.

M. Falret. En thèse générale, l'hérédité à elle seule ne suffit pas pour constituer fatalement des circonstances atténuantes pour un criminel ; c'est plutôt l'indice qu'il y a une recherche à faire dans l'observation de l'individu lui-même et non pas dans ses ascendants; il faut trouver en lui des stygmates physiques ou moraux pour pouvoir conclure à une irresponsabilité. Et alors l'expert répond, sans froisser aucune susceptibité, car chaque fils d'aliéné qui l'écoute pourra dire : « Moi, je n'ai pas ces stygmates, donc je ne deviendrai pas fou ».

M. Legrand du Saulle. L'expert se place bien toujours d'abord à ce point de vue particulier, mais souvent les avocats ou le ministère public généralisent la question.

M. Luys. Par ce seul fait qu'on est fils d'aliéné, on ne devient pas forcément aliéné, mais on porte en soi des germes qui peuvent se développer tôt ou tard. L'hérédité chez un criminel doit donc faire pencher vers un atténuation de peine.

M. Motet. La préoccupation bien légitime de M. Legrand du Saulle nous est commune à tous. En justice, nous sommes quelquefois placés entre une vérité scientifique et les égards dus, non

seulement au public, mais encore à l'accusé lui-même. Il faut mettre de la mesure dans ses réponses, car le médecin ne doit pas oublier que derrière l'accusé il y a un homme qui l'écoute avidement. Dans les cas auxquels il est fait allusion en ce moment, nous ne voulons pas l'acquittement qui serait un déni de justice, mais une atténuation dans la peine, car il y a eu un crime indéniable et que la société doit se défendre. Si l'aliénation est manifeste, il est bien évident que l'individu doit être complètement irresponsable et envoyé dans un asile.

M. Féré rappelle que dans certains cas d'épilepsie héréditaire indéniable, la maladie était restée à l'état latent chez le procréateur longtemps après s'être manifestée chez le produit.

M. Legrand du Saulle rapporte l'histoire clinique d'une petite fille qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, est restée pendant vingt et un jours en état de mal épileptique et dont les attaques ont atteint le chiffre énorme de 8,000, malgré une dose quotidienne de huit, dix, et même quinze grammes de bromure. Les crises ont cessé tout à coup sans que l'enfant parut épuisée; elle dansait même le surlendemain.

M. Magnan. Si la malade était hystérique le fait serait moins étonnant. A combien de degrés s'élevait la température pendant les crises?

M. Legrand du Saulle. La température n'a pas dépassé 37°,5.

M. Magnan. Ce n'est pas la règle. Dans l'épilepsie, la température s'élève davantage pendant l'attaque. Peut-être s'agit-il là d'accidents hystériques chez une épileptique. Ce retour brusque à la santé est encore une raison pour mettre au moins un point d'interrogation devant le diagnostic d'épilepsie [1].

M. Motet. Vous vous souvenez encore de l'affaire Monasterio qui a fait tant de bruit dans la presse politique; ne pensez-vous pas qu'il serait bon, pour ramener ce roman fantaisiste à sa véritable proportion, de mettre la discussion de l'affaire à l'ordre du jour de la prochaine séance? Ce serait d'autant plus urgent que les médecins aliénistes très injustement attaqués, à ce propos, l'ont été avec une telle apparence de raison qu'un journal médical anglais, s'en rapportant aux racontars de la presse politique, va publier dans un de ses prochains numéros un résumé de l'affaire. L'article en préparation donnera à l'affaire Monasterio une consécration scientifique presque officielle et absolument inexacte, qu'il importe de réfuter.

Marcel Briand.

[1] La remarque de M. Magnan est très exacte. Nous avons vu, à la Salpêtrière, une malade, nommée Chalu.., qui était en tout point comparable à celle dont il est ici question. (B.)

## SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET MALADIES NERVEUSES DE BERLIN[1]

*Séance du 9 janvier* 1882. — PRÉSIDENCE DE M. WESTPHAL.

Sur la proposition de M. Mehlhausen, on procède par acclamations au renouvellement du bureau et de la commission de réception. Puis l'on décide de fêter l'anniversaire de la fondation de la Société le 13 février par un banquet.

M. MOELI présente une *modification imaginée par lui au rhéostat à manivelle coudée*. Dans la discussion qui s'engage à ce propos, M. Bernhardt revient sur le rhéostat présenté par M. Wernicke dans la séance de novembre 1881[2]; il le repousse à cause de son prix élevé et pense qu'en introduisant un rhéostat quelconque dans le réseau accessoire du circuit, on peut arriver à réduire au minimum les oscillations dans la force du courant. C'est aussi l'avis de M. Remak.

M. WESTPHAL montre des *préparations microscopiques* qui proviennent de *l'écorce du cerveau* et de la substance blanche contiguë du malade dont il a parlé dans la séance de novembre[3] qui présentait de l'hémianopsie. L'écorce est seule altérée : rétraction des cellules pyramidales et déchéance de leurs prolongements.

M. BINSWANGER présente un *cerveau* atteint de *porencéphalie*. L'individu auquel il appartenait était pendant la vie paralysé et ataxique dans la moitié du corps opposée à l'altération. Celle-ci consiste en un infundibulum qui, partant du lobe de Betz, pénètre dans la profondeur sans gagner le ventricule latéral. A l'exemple de Kundrat[4], M. Binswanger rattache la pathogénie de la perte de substance à une encéphalite circonscrite, causée par une anémie aboutissant à la nécrose (préparations microscopiques à l'appui).

*Séance du 13 mars* 1882. — PRÉSIDENCE DE M. WESTPHAL.

M. MOELI présente des préparations de la *moelle cervicale* d'une femme morte de *myélite aiguë*. Voici quelle avait été la sympto-

[1] *Archives de Neurologie*, t. IV, p. 246.
[2] *Id.*, *id.*, p. 253.
[3] *Id.*, *id.*, p. 254.
[4] *Id.*, t. VI, p. 156.

matologie : paralysie soudaine des deux jambes, puis des avant-bras. Dès le troisième jour, disparition des réflexes tendineux rotuliens; puis, faibles accès de fièvre, accidents du décubitus, parésie vésicale. Le douzième jour, diminution considérable de l'excitabilité des muscles de la main à l'égard des deux sortes de courants. Le treizième jour, mort par suffocation. On rencontre une destruction complète, par places, des cornes antérieures, entre la quatrième et la sixième paire cervicale; foyers récents dans la substance blanche principalement des cordons antéro-latéraux; pas d'autre altération. L'auteur fait remarquer que ce cas ne saurait renverser les manières de voir actuelles sur la localisation qui correspond à l'absence du phénomène du genou, parce que la mort survint de bien bonne heure par rapport à la disparition de ce réflexe et qu'une lésion brusque aussi prononcée survenue en des segments haut placés a bien pu exercer une influence sur le réflexe rotulien.

*Discussion :* M. Remak demande si la réaction dégénérative existait, et si les nerfs périphériques ont été examinés après la mort. M. Moeli réplique que les racines antérieures ont été examinées et trouvées intactes. L'excitabilité électrique n'était diminuée qu'au pouce, pour les deux sortes de courants, sans qu'il existât de modification dans la forme des convulsions.

M. Binswanger communique un cas de *tumeur cérébrale* (*gliome de l'épendyme*) avec préparations à l'appui. Cette communication ne donne lieu à aucune discussion.

M. Gnauck prend la parole sur les *rapports* qui existent entre *la mélancolie et la folie systématique.*

M. Reinhard demande si chez les personnes observées par l'orateur les émotions douloureuses étaient vivement senties pendant le stade mélancolique et si les manifestations morbides n'avaient pas quelque chose de vague, d'indécis. Réponse négative.

M. Schrôtter fait remarquer que le premier fait relaté rappelle une psychose intermittente qui aurait eu comme stade prodromique la lypémanie, suivie de folie systématique, pour se terminer par la démence. Il n'en était rien cependant, reprend M. Gnauck, car les idées délirantes d'ordre lypémanique avaient complètement cessé lors du stade de folie systématique; la séparation était tranchée comme elle n'est pas dans la psychose typique.

M. Westphal se rallie pour beaucoup de cas produits aux manières de voir de l'observateur. La première des observations de M. Gnauck lui a fait l'impression d'une psychose indépendante de l'émotion morale. Quant à la seconde, il ne voit aucune raison de rejeter les idées de l'auteur.

M. WESTPHAL traite d'une *source d'erreur dans la recherche du phénomène du genou*. Mémoire publié in-extenso[1].

La discussion correspondante à laquelle prennent part MM. Westphal, Senator, Lewinski, Remak, Wernicke, Moeli, met en lumière les points suivants relatifs à la tonicité musculaire et aux réflexes tendineux. L'excès de tension musculaire du tétanos rhumatismal s'oppose à ce que le réflexe tendineux se manifeste ; il n'est d'ailleur pas prouvé que la tonicité musculaire soit un phénomène réflexe. Les expériences dans lesquelles on essaie chez l'animal de produire la tonicité musculaire en excitant les nerfs moteurs et les provoquer ensuite par le choc, les réflexes tendineux restent sans effet. Enfin l'expression de flaccidité usitée pour les paralysies sert simplement de contraste à celle de contracture ; or, la tonicité musculaire ne fait pas forcément défaut dans les paralysies flasques et la preuve, c'est que les paralysies flasques en apparence, au début, peuvent plus tard se transformer en convulsions spasmodiques (Westphal). La tonicité est un réflexe ; aussi l'interruption des voies centripètes entraîne-t-elle la cessation de la tonicité et des réflexes tendineux, mais sans que nécessairement les deux genres de phénomènes aient en même temps disparu, l'un pouvant exister alors que l'autre n'existe plus. Quand la tension musculaire a baissé le phénomène du genou peut être décelé (Senator). La tonicité musculaire facilite le dégagement des réflexes, elle rend possible l'excitation des terminaisons des nerfs sensitifs (Lewinski). Dans la myélite dorsale, où les extrémités inférieures sont en état de paralysie flasque, les phénomènes tendineux peuvent encore être conservés, ce qui n'est pas le cas pour la myélite lombaire ; ceci tendrait à démontrer que le phénomène du genou ne dépend pas de la tonicité musculaire (Wernicke). Immédiatement après les attaques d'épilepsie grave, les muscles sont flasques, et le phénomène du genou n'existe pas (Moeli).

*Séance du 8 mai 1882.* — PRÉSIDENCE DE M. WESTPHAL.

M. Moeli : *Remarques sur l'examen de la réaction des pupilles.* (Publié *in extenso*[2].)

*Discussion* : MM. SANDER et REINHARD pensent que le cerveau joue un rôle dans la production des phénomènes en question. Le premier se fond sur ce fait que, de même que dans la narcose chloroformique et dans le sommeil, la connaissance faisait défaut et que lorsque, dans ces conditions, on excitait la sensibilité, la dilatation pupillaire était en raison directe de la diminution de l'état

[1] Analysé aux Revues analytiques.

[2] On en trouvera l'analyse aux Revues analytiques.

de sommeil. Le second insiste sur la suspension de la dilatation, pupillaire pendant le coma, dans un des cas de Moeli.

M. Binswanger rappelle que, chez les épileptiques, on rencontre souvent des anesthésies totales et que, par conséquent, il faudrait se demander si l'anesthésie n'existait pas chez ceux dont la réaction pupillaire est indiquée comme nulle.

M. Mendel fait une communication, accompagnée de pièces à l'appui, sur la *dégénérescence grise du pédoncule cérébelleux supérieur*, publiée dans le *Neurologisches Centralblatt* de 1882[1].

A ce propos, M. Binswanger appelle l'attention sur les recherches publiées tout récemment par Bechetrew, d'après lesquelles des lésions de la paroi interne du troisième ventricule entraîneraient des troubles dans l'équilibration, comme celles du labyrinthe. Ces résultats viendraient à l'appui de l'opinion de l'orateur, pour qui le pédoncule cérébelleux supérieur serait la voie par laquelle se transmettraient les impressions visuelles chargées de servir de régulateurs aux mouvemenls et à l'attitude du corps.

*Séance du 12 juin* 1882. — Présidence de M. Westphal.

M. Binswanger fait sa communication annoncée sur la *simulation de la folie*. Elle est basée sur la série des criminels dont il dispose, et qui ont dû passer sur les contrôles de l'assistance publique, pendant les années 1880 et 1882. Il en observait trente et un en 1880, quarante-deux en 1881 : cinq, pendant la première année, ont été reconnus comme simulateurs ; seize, l'année suivante. Il les divise en trois groupes, en ce qui concerne la modalité psychopathique : 1° les stupides (confusion dans les idées) ; 2° les anxieux (hallucination) ; 3° les maniaques (fureur). Des exemples topiques sont relatés à l'appui de chacun de ces groupes.

L'heure avancée contraint à remettre la discussion à la prochaine séance.

*Séance du 10 juillet* 1882. — Présidence de M. Westphal.

M. Senator rapporte un cas d'*anesthésie du trijumeau* siégeant du *côté gauche* qui comprenait l'ensemble des branches du nerf. Rien de particulier dans les anannestiques ; pas de syphilis. Publié *in extenso*[2]. Cette observation, outre les troubles neuroparalytiques et les troubles du goût localisés aux deux tiers antérieurs de la langue, est remarquable par l'existence de *vertiges* et de *tuméfactions inter-*

[1] Analysée aux Revues analytiques.

[2] Voir aux Revues analytiques.

*mittentes* occupant les *articulations du genou et du pied*, dont la genèse demeure inexpliquée.

La discussion relative à la communication de M. Binswanger, qui a rempli la dernière séance, est alimentée par MM. Lewin, Binswanger, Liman, Moses, Ideler, Bür, Westphal, Moeli, Richter (de Dalldorf) et Mendel. Plusieurs d'entre eux ont eu l'occasion d'observer certains des criminels en question; les uns les considèrent comme des simulateurs réels, complets; les autres admettent qu'il s'agissait bien là d'aliénés, mais que quelques symptômes étaient simulés par eux.

*Séance du* 13 *novembre* 1882. — Présidence de M. Westphal.

M. Bernhardt, sous le titre de : *Contribution à la pathologie du tabes*, envisage des *accidents apoplectiformes tout spéciaux*, survenus prématurément ou dans le cours de la maladie, accompagnés ou non de phénomènes paralytiques, et pouvant se compliquer d'aphasie. Ces états passagers sont susceptibles de complètement disparaître, alors que le tabes progresse comme d'habitude. Ce seraient des complications rares n'ayant pas de substratum anatomique cérébral, les individus examinés n'étant au reste ni cardiaques ni syphilitiques. Les facultés psychiques étaient demeurées absolument intactes à la suite des attaques décrites, il faut rejeter l'idée d'attaques congestives; aucun signe dans la symptomatologie des cas en question n'autorise à penser à la sclérose en plaques qui donne lieu à des cas semblables.

*Discussion* : M. Mendel a quelquefois observé en pareil cas la démence ultérieure. Mais M. Bernard affirme qu'il n'y a pas lieu de suspecter la paralysie générale, ni dans ces observations, ni dans celles qu'il a recueillie dans la bibliographie. Erb et Leyden n'ont point mentionné ces accidents dans le tabes.

M. Wernicke fait ressortir que, même dans les affections en foyer, on peut observer la rapide rétrocession des symptômes paralytiques, mais il est possible qu'on ait affaire ici à une affection vasculaire comme il s'en produit chez les vieux tabétiques; les mêmes manifestations se voient quand le processus, dépassant les cordons postérieurs, empiète sur les cordons latéraux. Trois éventualités sont donc admissibles; 1° celle d'une hémiplégie ordinaire; même genèse vasculaire; 2° celle du passage de la lésion aux cordons latéraux; 3° celle d'une affection encéphalique de nature spéciale, en rapport avec le tabes. Mais, pour lui, les faits de M. Bernhart ne rentreraient pas dans cette dernière catégorie. M. Bernhart souscrit aux développements de M. Wernicke; il sait bien que la troisième espèce de processus demeure encore inexpliquée, mais il maintient que les cas communiqués par lui rentrent trait pour trait dans la série des accidents tabétiques encore peu connus.

M. Smidt. *Sur un trouble mental consécutif à l'intoxication par l'iodoforme.* — Il s'agit d'une femme de soixante-sept ans atteinte d'un ulcère chronique du pied, pansé chaque jour à l'iodoforme. Au bout de trois mois (absorption de vingt grammes d'iodoforme par mois), céphalalgie, hallucinations, agitation, mélancolie. Plus tard (le traitement dura quatre à cinq mois), elle ne reconnaît plus les personnes ni son entourage; hallucinations multipliées de l'ouïe et de la vue sans rapport intime avec ses idées délirantes; affaiblissement intellectuel. En somme, évolution chronique du trouble psychique consécutif à un usage prolongé du poison, qui rappelle les intoxications par l'opium, l'alcool, le haschisch.

M. Steinauer appelle l'attention sur l'action cumulative de l'iodoforme, à l'instar du K. Br., sur la ressemblance entre les intoxications causées par ces deux substances, sur la lenteur avec laquelle toutes deux sont éliminées.

M. Hirschberg rapproche d'autant mieux l'intoxication en question de celle due à l'alcool, qu'il a observé un cas d'amblyopie émanée de l'iodoforme; l'amblyopie se comporta dans l'espèce comme l'amblyopie nicotinique ou alcoolique. Il s'agit de savoir si la psychose décrite ici relevait bien de l'absorption de l'iodoforme.

A la recommandation de M. Westphal d'être prudent au sujet d'un pareil diagnostic, Langenbeck n'ayant jamais rien vu de semblable, M. Smidt répond que, dans la genèse, l'intoxication par l'iodoforme, la constitution de la préparation (poudre fine), le lieu et le mode d'application de la substance (rôle des pansements compressifs, sensibilité extrême de la cavité péritonéale), exercent une grande influence.

*Séance du 11 décembre 1882.* — Présidence de M. Westphal.

M. Hirschberg présente un malade qui lui sert d'introduction pour traiter d'*un trouble de la vue chez un paralytique général.* Les individus que vise ce travail étaient atteints soit d'une amblyopie ordinaire due à une atrophie du nerf optique, soit d'hémianopsie, ou encore, comme chez le sujet présenté, d'*un scotome central progressif.* Cet homme, âgé de quarante-quatre ans, est en proie à une diminution de la vision centrale réduite au 1/6 de la normale; champ visuel et chromatopsie normaux. Grande ressemblance avec l'amblyopie des alcooliques et des fumeurs. Progression des accidents quoique le malade ait cessé de boire et de fumer; N. O. blanc verdâtre, à contours nettement accusés. Un examen ultérieur décèle une paralysie progressive évidente. Il y a en résumé dans l'espèce un scotome relatif; une seule partie des fibres de la *fovea centralis* est incapable de fonction. Les pupilles ne réagissent que faiblement, mais elles réagissent.

M. Remak rappelle à ce propos la forme de trouble de la vue décrite par Fürstner chez les paralytiques généraux.

M. Wernicke rapporte le fait d'un paralytique examiné par lui il y a peu de temps; à l'examen objectif, pas de trouble grossier, papilles normales; en divers endroits du champ visuel, scotome disséminé sous la forme de taches, dont l'amplitude est tout à fait irrégulière; absence d'hémianopsie.

M. Moeli lit un travail sur la *dégénérescence secondaire*. Il a, de concert avec M. Binswanger, constaté qu'à la suite des lésions expérimentales de l'écorce et de la substance blanche du cerveau, il survient constamment une dégénérescence secondaire. Elle peut se produire sans qu'il y ait paralysie complète, mais souvent il existait les troubles de la sensibilité déjà décrits. Il est probable que dans la capsule interne du chien les tractus centrifuges et centripètes sont voisins les uns des autres. En procédant à des lésions du cerveau moyen d'un seul côté, M. Moeli a vu survenir une forte dégénérescence du cordon latéral opposé et de certaines fibres du faisceau pyramidal dans le cordon latéral du même côté. Cette dégénérescence bilatérale tient-elle à la destruction de fibres qui, du côté frontal, se rendent aux deux moitiés du tronc, ou provient-elle de ce que, chez le chien, les membres n'ayant pas les mêmes fonctions que chez l'homme, chaque extrémité est en rapport avec les deux moitiés du cerveau, c'est ce dont l'orateur espère pouvoir décider succinctement. Il en appelle à la dégénérescence bilatérale consécutive à des foyers unilatéraux, exceptionnelle chez l'homme, parce qu'elle est peu cherchée, ainsi qu'à l'opinion des investigateurs français que les extrémités qui occupent le même côté que le foyer présentent aussi une légère diminution dans la force musculaire.

Au cours de la discussion qui s'engage, M. Wernicke indique que dès le mois de juin 1882 il a vu chez M. Gierke à Breslau des résultats positifs relativement à la dégénérescence descendante consécutive aux lésions de l'écorce du cerveau.

M. Gnauck présente à la Société un homme de trente-cinq ans souffrant depuis un an de céphalalgie accompagnée de bourdonnements d'oreilles et de diminution de l'acuité visuelle. Ce malade *a perdu les deux moitiés externes du champ visuel*, c'est en mars 1882, c'est-à-dire quatre mois après le début des accidents que s'aggravèrent les symptômes du côté de la vue au milieu de l'exacerbation de la céphalalgie, de douleurs de la nuque et de douleurs de reins des plus violentes. Pas de troubles de la motilité ni de la sensibilité; tête sensible aux chocs, colonne vertébrale sensible aux contacts; disparition du phénomène du genou; léger œdème du corps entier. Pas d'albumine dans les urines. Puis l'ensemble des phénomènes s'amende sauf le trouble visuel qui depuis la fin de mai est resté tel quel. On constate une hémianopsie hétéronyme latérale qui

passe par le point de fixation; pupille gauche atrophiée et décolorée; pupille droite décolorée. Acuité visuelle à droite = 1/2; à gauche = 1/12. Les pupilles réagissent. A ceci se borne la symptomatologie. L'orateur croit que le processus pathologique (probablement une tumeur) occupe l'angle antérieur du chiasma.

M. Wernicke demande si l'auteur a remarqué que la réaction des pupilles soit différente selon qu'on éclaire les moitiés de rétine qui sentent la lumière ou celles qui sont anesthésiques. Grande difficulté de ce genre d'examen (Wilbrand, Moeli, Westphal, Hirschberg) qui, d'ailleurs incertain, donne un résultat négatif (Westphal).

Pour M. Westphal, on peut penser dans l'espèce à une atrophie vraie du nerf optique, tandis que, pour M. Hirschberg, les lignes de séparation verticales plaideraient plutôt en faveur d'une affection du chiasma.

M. Bernhardt demande quelle est entre les expressions hémiopie, hémianopsie, hémianopie, celle qui convient ici. M. Hirschberg, rejetant le mot hémiopie, adopte le terme d'hémianopsie, ou même celui d'hémianopie, le sens reposant en somme sur l'emploi de l'*a* privatif. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk., XIV*, 1.) P. Kéraval.

---

## SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE BERLIN

*Séance du 15 juin 1882.*

M. Lœhr, en sa qualité de président, communique à l'assemblée l'état de ses affaires et lui fournit un court rapport sur l'année sociale qui vient de s'écouler. On procède ensuite, conformément aux statuts, au renouvellement du bureau : M. Lœhr est à l'unanimité choisi de nouveau comme président, M. Bernhard est nommé secrétaire.

M. Lœhr prend la parole sur l'*examen dans les asiles d'aliénés des états psychiques douteux*. Cette question était en somme la même que celle traitée à la séance de décembre 1881 [1], ainsi qu'au Congrès des aliénistes allemands (Eisenach, septembre 1882 [2]), nous nous contenterons de reproduire les conclusions de l'auteur :

1° Quand, dans un cas douteux, il sera nécessaire de rechercher si un individu, préventivement arrêté, est aliéné ou non, la mai-

[1] *Archives de Neurologie*, t. V, p. 400.

[2] *Id.*, t. VI, p. 135.

son de santé pour psychopathes constituera le lieu le plus propre à se rendre compte de l'état mental ;

2° Lorsque des actes criminels graves motivent l'examen de l'état psychique, l'asile d'aliénés n'est pas disposé de telle sorte qu'on soit en mesure de répondre du sujet que l'on vous confie, de s'assurer de l'auteur du crime. Pour acquérir cette garantie, il faudrait construire des aménagements spéciaux ; mais on donnerait alors à l'asile une cellule de prison qui ne serait plus favorable au traitement médical des malades, au parfait développement des soins hospitaliers ; l'aspect de l'établissement serait impropre à dissiper les préjugés que le public conserve encore à l'égard des asiles d'aliénés ;

3° Pour concilier les droits des malades avec la sécurité publique, le mieux est de transporter l'individu à examiner dans un établissement d'aliénés rattaché à un établissement pénitentiaire, ou à un asile pénitentiaire vrai, comme cela se pratique en Saxe, ou sous une autre forme en Angleterre. De tels errements, que l'on commence également à suivre en Amérique rallient en ce moment les suffrages d'autres États cultivés ;

4° Tant qu'il n'existera pas de construction de ce genre, il faudra s'en remettre au directeur de l'établissement psychiâtrique du soin de décider, après examen préalable de l'individu en question, s'il veut le recevoir en observation dans son asile, ou si celui-ci doit rester dans la prison jusqu'à ce qu'on ait posé le diagnostic ;

5° Si, en dépit de sa résistance motivée, le médecin de l'asile est forcé de recevoir l'individu à examiner, il devra décliner formellement toute responsabilité à l'égard de l'obligation de s'assurer de la personne du sujet qu'on lui impose.

La discussion, à laquelle prennent part MM. Schrœter, Zinn, Reinhard, Edel, Lœhr, aboutit à l'abstention de conclusions touchant un problème qui doit faire l'objet du prochain Congrès des aliénistes[1]. Tout le monde est d'avis qu'il y a actuellement des lacunes à combler.

M. Mendel communique à la Société *un fait de paralysie progressive des aliénés*. Il s'agit d'un homme entaché d'hérédité ayant commis des excès de boisson, des excès vénériens. Dès l'âge de trente-quatre ans, on constatait une dilatation de la pupille gauche ; à trente-six ans, dilatation de la pupille droite. Ce n'est qu'à trente-huit ans qu'apparaissent les premiers symptômes psychiques (idées d'empoisonnement, tentatives de suicide) ; plus tard mégalomanie, accès épileptiformes et apoplectiformes survenant coup sur coup, et entraînant une démence très prononcée, paralysie générale et contractures. Mort douze ans après l'apparition de la première modification de la pupille, huit ans après l'occurrence des

[1] *Archives de Neurologie*, t. VI, p. 139.

premiers symptômes psychiques. L'autopsie témoigne de l'aspect macroscopique des lésions de la méningo-encéphalite, surtout au niveau de l'hémisphère droit dans les lobes pariétaux. Le microscope décèle l'existence d'une encéphalite interstitielle généralisée de l'artérite de Heubner, de la dégénérescence stéatopigmentaire du noyau de l'oculo-moteur commun, de la dégénérescence des pyramides dans les cordons latéraux (préparations à l'appui). L'orateur fait remarquer : 1° la longue durée de la maladie ; 2° la paralysie prématurée de l'oculo-moteur commun ; 3° la sclérose des cordons latéraux dans ses rapports avec les contractures; 4° la nature du processus rapprochée de la syphilis artérielle; le cas sera publié *in extenso.*

*Discussion* : M. Jastrowitz met en lumière que Albr. de Grœfe a considéré la dilatation pupillaire qui saute d'un côté à l'autre comme pathognomonique d'une affection organique du cerveau. Il ne tend pas à admettre que la paralysie générale procède d'une encéphalite parenchymateuse.

M. Mendel est d'avis que la remarque de Grœfe sur les *pupilles sautantes* s'applique à d'autres états de la pupille qu'à celui de son cas. Bien que l'on ne puisse admettre, dans l'espèce, une encéphalite parenchymateuse, il a constaté ce genre de lésion, pendant l'évolution anatomique d'un stade précoce de la paralysie générale (stase lymphatique péricellulaire avec atrophie consécutive des cellules).

M. Reinhard lit un travail sur *l'emploi des bains permanents dans le décubitus gangréneux des psychopathes paralysés.* Le mémoire sera publié en détail[1].

Au cours de la discussion, MM. Lœhr et Jastrowitz se rattachent à ce mode de traitement; ils emploient pendant le repos au lit des coussins d'eau et appliquent sur les ulcères de la poudre d'iodoforme. (*Allg. Zeitshr., f. Psych.*, XXXIX, 5.) P. Keraval.

[1] On en trouvera l'analyse aux Revues analytiques.

# BIBLIOGRAPHIE

IV. *Les phénomènes hystériques et les révélations de sainte Thérèse* par G. Hahn, professeur de physiologie au Collége de la Compagnie de Jésus, à Louvain. (Mémoire couronné au concours de Salamanque; extrait de la *Revue des Questions scientifiques*, 1883.)

Nous nous bornerons à reproduire sans commentaires la conclusion de cette très intéressante étude :

« Nous nous sommes proposé d'examiner si les visions et les révélations de sainte Thérèse présentent un caractère surnaturel, susceptible d'être démontré avec toute la rigueur des procédés scientifiques. Dans cet examen, nous n'avons pas invoqué les garanties que peuvent fournir l'acte solennel de la canonisation et le caractère divin de l'Église dont Thérèse était membre; nous n'avons pas même profité des analogies que nous aurait procurées la comparaison des révélations de la sainte avec d'autres révélations d'une incontestable authenticité; procédé très légitime cependant, employé avec beaucoup de succès dans ce genre de questions par des théologiens éminents, et en parfaite harmonie avec les exigences d'une critique éclairée.

« L'analogie, en effet, est un puissant moyen d'investigation dans l'application des sciences expérimentales aux cas individuels; à l'égal des autres procédés d'induction, elle permet de remonter avec certitude jusqu'à l'origine des phénomènes, et il n'est pas rare de voir le médecin, par exemple, en état d'établir le diagnostic le plus assuré sur la simple ressemblance du cas qui se pose devant lui avec telle maladie dont ses observations antérieures lui ont révélé la cause cachée et l'évolution intime. Mais c'eût été affirmer dans nos prémisses qu'il y a de véritables révélations, et, conformément à l'esprit de la troisième question du concours de Salamanque, nous avons préféré rester constamment sur un terrain accessible aux rationalistes.

« Nous n'avons pas prétendu découvrir ce caractère surnaturel, en étudiant telle ou telle révélation séparée de l'ensemble. Quand un fait de ce genre date de trois siècles, on conçoit aisément que les détails transmis par le témoignage incomplet des documents historiques puissent être insuffisants pour démontrer directement sa nature. C'est là ce que disait notre second chapitre.

« Au contraire, lorsqu'il est permis d'examiner et de comparer un grand nombre de faits semblables, la démonstration peut devenir abordable ; alors même que chaque fait isolé pourrait dériver de plusieurs causes différentes, il arrive que l'ensemble doit l'attribuer à une seule, à l'exclusion de toutes les autres.

« Or, des faits comme ceux qui nous occupent ne peuvent avoir que deux origines différentes : ou bien l'hystérie avec son cortége de symptômes hypnotiques, ou bien l'action d'un être supérieur, étranger à notre monde visible.

« L'hystérie, dans ses manifestations ordinaires et pour ainsi dire vulgaires, est assez généralement connue ; mais la cause et le mécanisme des phénomènes étranges qu'elle présente, surtout lorsqu'elle est portée à son paroxysme, ne sont pas encore entrés dans le domaine de la vulgarisation. L'école de M. Charcot a fait faire à la théorie de ce mal des progrès considérables, et ces nouvelles observations sont de date si récente qu'elles pourraient fort bien n'être pas encore connues de tous nos lecteurs. C'est une lacune que nous avons voulu combler dans les chapitres III et IV. Nous y avons d'abord considéré les caractères de l'état hystérique, puis nous avons passé en revue les diverses périodes de l'attaque, avec les modifications qui s'y introduisent parfois par l'immixtion de phénomènes hypnotiques.

« Après avoir ainsi déterminé la nature de cette maladie, dont les manifestations sont parfois si singulières, nous étions en mesure d'examiner si elle pourrait servir à expliquer les phénomènes extraordinaires dont l'âme de Thérèse fut le théâtre.

« Comme les rationalistes ne lisent guère la *Vie des Saints*, et que, en dehors de l'Espagne, ils ne peuvent être très familiarisés avec les œuvres de la religieuse castillane, nous avons donné quelque développement au récit des événements qui ont rempli sa vie.

« Ces faits nous ont permis d'apprécier le caractère physique et moral de la sainte. Au point de vue physique, elle était affligée d'une maladie épileptiforme, dans laquelle nous avons reconnu tous les symptômes organiques de la grande hystérie. Son organisme était singulièrement impressionnable, et cette grande excitabilité se trahissait au dehors par les troubles physiques qui caractérisent la névrose hystérique.

« Au début de notre travail, nous avions déduit de l'observation expérimentale une corrélation à peu près constante entre le caractère physique et le caractère moral des hystériques : l'impressionnabilité de l'organisme se communique généralement à l'intelligence et à la volonté, qui deviennent à leur tour mobiles et variables. La réformatrice du Carmel fait exception à cette loi, et nous avons établi ce caractère exceptionnel sur des faits incontestables. Autant les hystériques sont généralement volages, incons-

tantes, passionnées, autant sainte Thérèse était grave, réfléchie, patiente, persévérante.

« Dans l'acception commune, le mot hystérie embrasse à la fois les phénomènes organiques et les phénomènes intellectuels. Ce serait donc aller à l'encontre de la vérité que de dire, sans correctif aucun, que la noble Espagnole était hystérique. Si l'exactitude exige le respect des nuances, à plus forte raison réclame-t-elle le respect des distinctions profondes et essentielles. Désireux d'éviter l'introduction de locutions nouvelles, je ne trouve, pour exprimer ma pensée, aucune formule plus satisfaisante que celle-ci : Thérèse souffrait d'une hystérie organique, elle n'était nullement atteinte d'hystérie intellectuelle.

« C'est même trop peu dire, car, sous le rapport intellectuel et moral, elle était au pôle opposé des hystériques ordinaires.

« Ces considérations, basées sur les faits, nous ont montré quel fonds nous pouvions faire sur la rectitude de son jugement. En dehors de ses révélations, elle nous a habitués à la plus grande exactitude dans ses narrations, à la franchise la plus entière. Ennemie de l'exagération, elle apporte dans l'examen des faits une intelligence droite et sûre d'elle-même. Il suffit qu'elle soit aussi scrupuleuse de la vérité dans l'exposé de ses visions, pour que nous soyons à même de les bien apprécier.

« Les manifestations extraordinaires dont elle fut l'objet se divisent en deux classes : aux unes, elle attribue le démon pour auteur; les autres, elle les rapporte à la Divinité comme à leur source. Que le phénomène se rapporte à la première classe ou à la seconde, nous ne la surprenons jamais en défaut dans sa description des faits.

« Pouvons-nous en dire autant de l'interprétation qu'elle leur donne ? Ces deux espèces de modifications internes ne sont point solidaires l'une de l'autre; le défaut de science médicale pouvait fausser l'interprétation des premières, si exacte qu'en eût été l'observation. A notre avis, c'est ce qui est arrivé; mais, évidemment, on ne peut pour cette raison mettre en suspicion les facultés intellectuelles de notre sainte, et vouloir que, par contagion, elles fussent infectées d'hystérie.

« Les manifestations divines ont de tout autres caractères, et comme, au rapport de Thérèse, elles ont été l'objet non d'une déduction raisonnée, mais d'une intuition immédiate, si l'erreur s'y était glissée, elle eût atteint non l'interprétation des phénomènes, mais l'observation elle-même; fait très important à noter, car il pose très nettement la distinction entre les phénomènes divins et les phénomènes diaboliques. Nous avons examiné successivement les différents caractères des manifestations divines; nous avons discuté au point de vue purement scientifique les assertions de la sainte, et nous sommes arrivé à cette conclusion, que, si Dieu

n'était pas l'auteur de ces visions, il fallait choisir entre l'hypothèse absurde d'une intelligence qui se trompe sciemment elle-même et l'hypothèse insoutenable d'une personne éminemment sincère, ennemie au souverain degré de la divulgation des secrets de son âme, et ourdissant toutefois de plein gré un tissu de révélations fictives dans un but de déception. Aucune de ces deux alternatives ne paraîtra admissible à un savant de bonne foi, fut-il incrédule et rationaliste. C'est pourquoi nous croyons avoir prouvé que, quand les rationalistes accordent à sainte Thérèse de Jésus une grande promptitude et une grande force de réflexion, une connaissance claire, exacte et profonde des opérations de son âme, ils nous offrent, même sous ce point de vue, une preuve concluante pour démontrer que la sainte était parfaitement à même de distinguer entre le naturel et le surnaturel, et qu'elle n'est pas victime d'une illusion, quand elle parle de ce second ordre avec autant d'assurance que du premier.

« Ces paroles, empruntées à la troisième question du concours de Salamanque, résument parfaitement notre travail et peuvent lui servir d'épilogue. » CH. F.

V. *Die japanische kak-ke (Béribéri)*; par B. SCHEUBE. (Leipsig, 1882.)

C'est une monographie très complète tant au point de vue historique (très curieux chapitre sur les mentions faites de cette maladie dans l'ancienne littérature japonaise), qu'au point de vue clinique et anatomo-pathologique ; l'auteur rapporte un certain nombre d'observations suivies d'autopsies, soit personnelles, soit empruntées à d'autres auteurs.

La fréquence de la kak-kè (— maladies des jambes —, béribéri) serait considérable, puisqu'en 1878, sur un relevé des cas de cette affection dans les garnisons de différentes villes, on n'en a pas constaté moins de 38 cas sur 100 soldats ; il est vrai qu'en 1877, la proportion n'avait été que de 17 p. 100, mais c'est encore là un nombre très élevé.

La kak-kè s'observe surtout dans les grandes villes, dans les agglomérations d'individus, on l'a même vue plusieurs fois éclater sur des navires. — Le maximum de fréquence est pendant les mois chauds, et surtout pendant le mois d'août.

La kak-kè est extrêmement rare chez les Européens ; l'auteur n'en connaît que deux cas bien certains (un Allemand et une Anglaise) ; les hommes sont beaucoup plus souvent atteints que les femmes. C'est une maladie surtout de l'adolescence (maximum de fréquence, 15 à 25 ans). Au point de vue clinique, l'auteur distingue quatre formes de kak-kè : une forme *rudimentaire*, une forme *atrophique*, une forme *hydropique*, une forme *aiguë pernicieuse*.

En somme, les symptômes principaux de cette maladie sont, d'après Scheube : 1° une *paralysie motrice et sensitive*, surtout des membres inférieurs, accompagnée quelquefois de phénomènes d'excitation, et coïncidant avec une *atrophie des muscles*; — 2° une *affection du cœur* constituée objectivement par l'accélération (80 à 100 et même 120) et l'affaiblissement des battements; et subjectivement par des troubles d'intensité diverse pouvant acquérir le plus haut degré dans la dyspnée asphyxique terminale de la forme aiguë pernicieuse; — 3° les *hydropisies*, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit dans les cavités séreuses; — 4° un *abaissement de l'activité rénale*.

Quant à la nature de l'affection, l'auteur rappelle que Wernich et Anderson ont pensé que la lésion primitive siégeait dans la moelle, et le premier se basait sur l'existence fréquente de sérosité dans les méninges pour appuyer son opinion; mais Scheube fait remarquer que les hydropisies existant très souvent dans la kak-kè, il n'est pas étonnant qu'elles atteignent aussi les méninges. D'ailleurs, dans les cas d'Anderson, de Simmons, de Baelz et de l'auteur où l'examen de la moelle a été pratiqué, on n'a pas trouvé de lésions; dans deux autopsies cependant (Bacly, Scheube) on a vu l'atrophie de quelques cellules des cornes antérieures, mais ces lésions ne seraient que secondaires, et non primitives. La vraie lésion initiale serait périphérique et constituée par *une névrite multiple à marche subaiguë*; et, en effet, Scheube a, dans deux cas, constaté l'inflammation des nerfs avec tendance à la cirrhose; ces altérations étaient plus accentuées dans les petites branches que dans les gros troncs; il a vu aussi que les muscles atrophiés étaient infiltrés d'éléments embryonnaires avec augmentation du tissu conjonctif, et en conclut qu'ils étaient le siège d'une inflammation aboutissant à l'induration. Il pense que les lésions peuvent se propager aux racines médullaires, et croit même dans un cas en avoir observé dans les ganglions spinaux et les racines adjacentes; quant à l'atrophie des cellules des cornes antérieures qu'il a trouvée dans un cas, la regarde comme secondaire. D'ailleurs, l'aspect clinique de la maladie accuse bien sa nature périphérique; c'est ainsi que les troubles fonctionnels sont inégalement développés des deux côtés, quelquefois même une seule extrémité est atteinte; l'atrophie musculaire est très précoce et très développée; même dans les périodes peu avancées de la maladie, il y a diminution de l'excitabilité électrique. A ces troubles moteurs qui, il est vrai, peuvent se retrouver dans les affections médullaires avec lésions des cornes antérieures, il faut ajouter, — et c'est là ce qui plaide pour la nature périphérique de la maladie, — l'existence de troubles trophiques et sensitifs, et notamment la sensibilité toute spéciale des troncs nerveux et des muscles à la pression.

Quant à la dégénérescence graisseuse du cœur qu'il a vue quelquefois très intense, Scheube tend à l'attribuer à une névrite du pneumogastrique, ainsi que l'accélération des battements du cœur.

Les hydropisies, l'œdème devraient être rapportés soit à une paralysie des vaso-moteurs, soit au trouble trophique des parois des vaisseaux (Baelz), soit aux lésions des nerfs, et sont analogues à l'œdème des hémiplégiques et de certaines myélites.

La diminution de la sécrétion urinaire, l'apparition de l'albuminurie seraient dues à l'affaiblissement de l'action cardiaque.

En résumé, la conclusion de Scheube sur la nature de la kak-kè est la suivante :

*La kak-kè est constituée par une névrite multiple à marche subaiguë produite par un poison spécial.*

La nature de ce poison est jusqu'à présent inconnue, mais il est probable que l'on a affaire à une maladie de nature infectieuse.

P. Marie.

### VI. *Note sur vingt-deux opérations de goître*; par MM. Louis et Auguste Reverdin.

Ces vingt-deux opérations se répartissent de la façon suivante : 17 *extirpations totales* de la glande thyroïde (11 g. parenchymateux 5 g. kystiques, 1 g. lobulé), 2 *extirpations partielles* (1 g. parenchymateux, 1 g. lobulé, 1 *énucléation* (g. lobulé), 2 *incisions* avec *résection partielle* de la paroi (g. kystiques).

Ces différentes méthodes opératoires sont décrites avec soin; leurs applications respectives, les avantages et les inconvénients qu'elles présentent sont très judicieusement exposés.

Sur ces vingt-deux opérations, deux seulement ont été suivies de mort, toutes les autres ont guéri : dans un seul cas, il y a eu récidive à la suite d'une extirpation partielle, ce qui a nécessité une opération complémentaire. Il n'est question ici que des goîtres proprement dits et non des diverses tumeurs malignes de la thyroïde.

La guérison a toujours eu lieu rapidement (27 jours à l'hôpital, 8 à la clinique). Les malades ont été pansés d'après les règles les plus strictes de la méthode antiseptique, et, le plus souvent, la réunion a eu lieu par première intention.

Ce simple exposé suffira, nous l'espérons, à montrer l'intérêt chirurgical de ce travail, et nous regrettons de ne pouvoir lui donner plus de développement, mais cette brochure se recommande encore à un autre point de vue ,ainsi que nous allons essayer de le démontrer en passant en revue les accidents consécutifs à l'extirpation du goître.

Ces accidents sont divisés en *immédiats* et *consécutifs* : les accidents

immédiats sont l'*hémorrhagie* et la *suffocation*. L'extrême gravité que peuvent revêtir ces deux complications, et particulièrement la dernière, doivent engager le chirurgien à ne pas pousser trop loin l'anesthésie, ou même, ainsi que le conseillent MM. Reverdin, à s'en passer tout à fait.

Parmi les accidents consécutifs, les plus constants sont les troubles de la *phonation* (raucité de la voix, aphonie) et de la *déglutition* (dysphagie), l'hypertrophie de la cicatrice, quelques *troubles circulatoires* (refroidissement, petitesse du pouls), et enfin des *accidents nerveux* (tétanie, hystérie, myxœdème ?) sur lesquels nous devons insister particulièrement.

La *tétanie* s'est présentée chez trois femmes nullipares qui avaient subi l'extirpation totale de la glande. — C'est au moment où on faisait lever ou asseoir les malades pour le pansement que se sont déclarés les phénomènes tétaniques (contracture des doigts, de la main, des membres supérieurs, etc.) — Billroth avait déjà signalé cette complication qu'il avait observée également chez des femmes et après l'extirpation totale (18 fois sur 68 opérations). — C'est là, d'après les auteurs, un phénomène réflexe lié, sans doute, à une irritation du grand sympathique sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir les organes génitaux de la femme dans la pathogénie. Kocher ayant observé un cas de tétanie chez un jeune garçon.

L'*hystérie* a succédé chez une malade à l'extirpation totale (mutisme subit, crise de dyspnée, anesthésie, hyperesthésie ovarienne, etc.), et le développement de la névrose a coïncidé avec l'apparition de troubles menstruels. — Chez une autre malade, au contraire, hystérique avant l'opération, les attaques disparurent après l'extirpation de la thyroïde. On ne saurait actuellement tirer, de ces deux faits isolés et contradictoires, une preuve de l'influence de la suppression du corps thyroïde sur les phénomènes hystériques.

A côté de ces accidents, dont le mécanisme doit s'expliquer par une modification du système nerveux sympathique, nous devons maintenant en signaler d'autres d'une interprétation un peu plus difficile et encore peu connue : « Ceux-ci sont tout à fait spéciaux « à l'*extirpation totale* et se caractérisent par une pâleur progressive « de la face, une tuméfaction œdémateuse des mains et du visage « (la pression du doigt ne laisse pas d'empreinte), de la fatigue et de « la faiblesse générale, de la maladresse dans les mouvements et « quelques troubles intellectuels plus ou moins accusés (lenteur de « la parole, diminution de la mémoire, etc.) » C'est toujours deux ou trois mois après l'opération et après une période de bien-être assez marquée, que ces accidents se développent. Ils disparaissent, en général, mais toujours très lentement et après une période stationnaire souvent fort longue.

Quelle peut être la pathogénie de ces accidents? Il est incontes-

table que ces phénomènes se rapprochent beaucoup de ceux que l'on observe chez les crétins, mais l'analogie que nous signalons est encore plus frappante si on les compare à ceux du myxœdème. Ce qui confirme ce rapprochement, c'est l'état d'atrophie de la thyroïde qui a été signalé dans beaucoup d'observations de myxœdème. De là à supposer que la suppression de la glande thyroïde dans un cas, l'atrophie de cette même glande dans l'autre, retentissent sur la composition du sang et sont la cause de l'infiltration des tissus par la mucine (Ord.), la transition semble logique. Pourtant cette théorie hématopsiétique, malgré ce qu'elle a de séduisant à première vue, est rejetée par MM. Reverdin. — S'appuyant sur des arguments qu'ils nous est impossible de reproduire ici, ces auteurs préfèrent accorder, dans la pathogénie de ces accidents, un rôle prépondérant aux lésions nerveuses sympathiques résultant de l'opération.

Le corps thyroïde serait un centre d'innervation vaso-motrice dont la suppression modifierait les échanges organiques et déterminerait l'infiltration des tissus par la mucine.

Pour se prononcer entre ces deux théories, il faudrait préalablement savoir si la mucine est réellement la cause du myxœdème et si la bouffissure, signalée par MM. Reverdin, a bien la même origine; il faudrait en outre rechercher d'où provient la formation exagérée de cette substance et quelle est l'altération du sang qui résulte de la suppression de la glande thyroïde.

Toutes ces questions sont encore à l'étude : ce n'est que par de nombreuses observations et de nouvelles recherches expérimentales qu'elles pourront être élucidées.

Pour n'avoir pas résolu cet intéressant problème de physiologie, le travail de MM. Reverdin n'en est pas moins remarquable : il établit, d'une part, le brillant parti que l'on peut tirer de l'intervention chirurgicale dans la thérapeutique du goître; il nous montre, d'autre part, qu'il pourrait bien exister certaines relations, plus étroites qu'on ne l'avait cru jusqu'ici, entre le crétinisme, le myxœdème ou état crétinoïde et les accidents que nous venons de signaler et auxquels les auteurs proposent de donner le nom de *myxœdème opératoire*. G. D.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

*Essai sur les hallucinations*; par GAUTIER (de Beauvallon). Thèse de Paris, 1883.

*Essai sur la valeur des signes de la guérison chez les aliénés*; par GUILLEMIN. Thèse de Paris, 1883.

*Des anomalies et des formes frustes de la sclérose en plaques disséminées*; par BOUICLI. Thèse de Paris, 1883.

*Considérations sur les troubles trophiques des ongles dans quelques maladies des centres nerveux*; par MILITCHEVITCH. Thèse de Paris, 1883.

*De la pseudo-fièvre hystérique*; par PINARD. Thèse de Paris, 1883.

*Contribution à l'étude de l'anencéphalie*; par LANLAIGUE. Thèse de Paris, 1883.

*Essai sur l'étiologie de l'épilepsie tardive*; par DELAMF. Thèse de Paris, 1883.

*Quelques considérations sur les gommes de l'encéphale*; par FRANÇOIS. Thèse de Paris, 1883.

*De la folie à double forme*; par le Dr MORDRET. Thèse de Paris, 1883, in-8o.

*Manuel des maladies mentales*; par BRA. Paris, 1883.

*Des nouvelles acquisitions sur la rage*; par ROUX. Thèse de Paris, 1883.

*Des paralysies, névralgies, troubles trophiques et vaso-moteurs qui surviennent sous l'influence de l'intoxication par le gaz oxyde de carbone*; par SIMON. Thèse de Paris, 1883.

*Essai sur les tumeurs de la voûte du crâne constituées par du liquide céphalo-rachidien, consécutives au traumatisme, ou de la céphalhydrocèle traumatique*; par VIVIER. Thèse de Paris, 1883.

*De la paralysie faciale chez les diabétiques*; par GRÉGOIRE. Thèse de Paris, 1883.

*Étude sur quelques variétés d'orbophites de la grossesse; des accidents nerveux qui peuvent leur être attribués*; par AUBIBAN. Thèse de Paris, 1883.

*Étude sur l'influence de la musique et son histoire en médecine*; par SOULA. Thèse de Paris, 1883.

*Des lésions de l'orifice mitral chez les ataxiques*; par ALBESPY. Thèse de Paris, 1883.

*Etude sur le tabes dorsal spasmodique, sclérose primitive des faisceaux latéraux*; par JABINEAU. Thèse de Paris, 1883.

*De la polyurie consécutive aux traumatismes du crâne*; par MAUCOTEL. Thèse de Paris, 1883.

*La constriction permanente des mâchoires de cause dentaire, et son traitement*; par DUCHATEAU. Thèse de Paris, 1883.

*Étude sur l'étiologie et la pathogénie du Béribéri*; par BUREL. Thèse de Paris, 1883.

*Contributions à l'étude du Béribéri chez les annamites*; par PHILIP. Thèse de Paris, 1883.

*Contribution à l'étude de l'influence du moral sur le physique ou influence du système nerveux sur la nutrition*; par LAGARRIGUE. Thèse de Paris, 1883.

*De la forme méningitique de la fièvre typhoïde chez les enfants*; par FONTAGNY. Thèse de Paris, 1883.

*De la rachialgie*; par LEMOINE. Thèse de Paris, 1883.

*Du pronostic des paralysies diphthéritiques*; par ESPANET. Thèse de Paris, 1883.

*Du lugophthalmos paralytique*, etc.; par OLIVIER. Thèse de Paris, 1883.

*De la paralysie spinale infantile*; par Mlle BENOIST. Thèse de Paris, 1883.

*De la démence précoce chez les jeunes aliénés héréditaires*; par GAUTHIER. Thèse de Paris, 1883.

*Considérations sur quelques points de la paralysie générale*; par GRÉGOIRE. Thèse de Paris, 1883.

*Des cardiopathies réflexes d'origine brachiale*; par LASSÈGUE. Thèse de Paris, 1883.

*Du suicide dans quelques formes d'aliénation mentale*; par CLAMENT. Thèse de Paris, 1883.

*Du pemphygus chez les hystériques*; par FRANCESCHI. Thèse de Paris, 1883.

*Contribution à l'étude des troubles cérébraux consécutifs à la dothiénentérie*; par REDDON. Thèse de Paris, 1883.

*Contribution à l'étude de la périencéphalite diffuse et de son traitement*; par TRILHE. Thèse de Paris, 1883.

*Étude sur les chorées des adultes*; par VASSITCH. Thèse de Paris, 1883.

*Contribution à l'étude des ostéophytes de la dure-mère dans la pachyméningite* (pachyméningite ostéo-membraneuse); par DELIGNY. Thèse de Paris, 1833.

*Étude sur un cas d'éclampsie puerpérale précoce*; par CAIX. Thèse de Paris, 1883.

*Syphilis cérébrale précoce*; par MANCHON. Thèse de Paris, 1883.

---

# VARIA

## ENTRETIEN DES ALIÉNÉS.

On sait qu'aux termes de l'article 28 de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, les hospices sont tenus envers les départements à une indemnité proportionnée au nombre des aliénés qui étaient entretenus antérieurement dans ces hospices, en vertu de fondations spéciales, et qui ont été placés, depuis 1838, dans un asile départemental. Lorsqu'une contestation s'élève entre un département

et un hospice relativement à cette contribution, il est statué par le Conseil de préfecture.

La situation qui précède semblait être celle des hospices de Toulouse: depuis 1818, ils recevaient gratuitement les aliénés de l'arrondissement. Aussi, en 1838, leur imposa-t-on, en les déchargeant de cet entretien, une subvention au profit du département chargé de ce service. Dans ces dernières années, la Commission administrative des hospices civils de Toulouse éleva, devant le Conseil de préfecture de la Haute-Garonne, la prétention d'être déchargée de cette contribution. Sa demande ayant été repoussée, le Conseil d'Etat au contentieux a statué sur l'appel formé contre cette décision.

La Commission administrative alléguait que, si les hospices recevaient autrefois gratuitement des aliénés, c'était non en vertu de fondations affectées à ce service, mais en vertu d'un simple usage qui, bien que constant, n'avait pu devenir, en 1838, le principe d'une subvention envers le département. Le Conseil d'Etat, confirmant une jurisprudence antérieure, a décidé que, malgré l'absence de fondations, le fait d'avoir constamment reçu gratuitement des aliénés, suffisait pour imposer aux hospices la charge d'une partie du service, aujourd'hui départemental, des aliénés.

Le Conseil d'Etat a également statué sur un recours formé devant le Conseil d'Etat par la ville d'Angers, contre un arrêté du Conseil de préfecture de Maine-et-Loire. Cet arrêté avait rejeté la demande de la ville, tendant à ce qu'il fût déclaré que les indemnités payées par la ville d'Angers au département, pour l'entretien des aliénés dans l'asile départemental faisaient double emploi avec celles que payaient les hospices d'Angers.

Le Conseil d'Etat, considérant que le litige s'élevait ici entre une commune et des hospices, au sujet de leur part respective dans la dépense du service des aliénés; que, d'ailleurs, la subvention de la ville est réglée définitivement par le Conseil général, qui a décidé que la juridiction administrative était incompétente pour connaître de la question. En conséquence, il a annulé l'arrêté du Conseil de préfecture, et s'est lui-même déclaré incompétent au fond. (Conseil d'Etat statuant au contentieux.)

## A PROPOS DES ANESTHÉSIQUES.

La question des anesthésiques étant toujours l'objet des préoccupations du Corps médical, nous avons pensé curieux de reproduire le chapitre suivant de la réimpression du livre de Jean Wier: *Histoires, disputes et discours des illusions et impostures des diables*, qui composent l'un des volumes de la *Bibliothèque diabolique*.

*De quelques medicamens naturels, qui endorment & par le moyen desquels les sorcieres sont quelques fois trompees : Item de leurs onguens, & de quelques plantes endormantes, qui troublent merueilleusement l'esprit.*

Quelques fois pour mieux faire valoir la marchandise, les sorcieres s'aident d'aucuns medicamens naturels : par lesquels, apres qu'elles se sont oinctes & frotees tout le corps (selon qu'elles sont enseignees par leur maistre cauteleux) elles pensent & s'asseurent pouuoir incontinent passer par la cheminee, & voler en l'air ça & là, pour assister aux dances, aux banquets delicats, aux embrassemens & spectacles de choses agreables : lesquelles toutesois ce subtil ouurier leur represente par songe, pendant que sans y penser, elles sont tombees en vn profond & lethargique somme, incontinent apres qu'elles se sont oinctes de l'onguent endormant. Et afin que lon ne pense que ce que ie dis soyent fables, i'ay bien voulu transcrire ici ce que Iean Baptiste Porte Neapolitain, subtil recercheur des causes cachees, a escrit au second liure de sa Magie naturelle, ou bien des miracles des choses naturelles : La desbordee cupidité, dit-il, a tellement gagné l'entendement des hommes, que mesmes ils abusent des choses que la nature leur a données pour leur commodité : si bien que les sorcieres composent des onguens de plusieurs de ces choses brouillees : & encore qu'elles y meslent plusieurs choses superstitieuses, si est-ce que qui regardera de près, verra que les efects procedent de la vertu naturelle. Ie raconteray ce que i'ay entendu. Elles font d'elles bouillir vn enfant en vn vaisseau de cuyure, & en prenent la graisse qui nage au dessus, & font espaissir le dernier bouillon en maniere d'vn consumé : puis elles serrent cela pour s'en aider à leur vsage : elles y meslent du persil, de l'eau de l'Aconite, des fueilles de Peuple & de la suye : ou bien elles font en ceste maniere. Elles meslangent de la Berle, de l'Acorum, vulgaire de la Quinte-fueille, du sang de chauuesouris, de la Morelle endormante, & de l'huyle. Ou bien si elles font des autres compositions, elles ne sont dissemblables de ceste ci. Elles oignent auec cest onguent, toutes les parties du corps, les ayant auparauant frottees iusques à les faire rougir, afin d'atirer la chaleur, & relascher ce qui estoit estrainct par la froidure. Et afin que la chair soit relachee, & que les pertuis du cuir soyent

ouuerts, elles y meſlent de la graiſſe ou de l'huyle : il n'y a point de doute que ce ne ſoit afin que la vertu des ſucs deſcende dedans, & qu'elle ſoit plus forte & puiſſante. Ainſi penſent-elles eſtre portees de nuict à la clarté de la Lune par l'air, aux banquets, aux muſiques, aux dances, & aux embraſſemens des plus beaux ieunes hommes qu'elles deſirent. Telle eſt la vertu de l'imagination, & l'effect des impreſſions, que preſque toute ceſte partie du cerueau que lon nomme memorative, en eſt remplie. Et pour autant que de leur naturelle inclination elles ſont adonnees à croire de leger, elles prenent tellement ces impreſſions, que meſme les eſprits en ſont changez, & iour & nuit ne penſent à autre choſe. Encore y ſont-elles plus promptes, dautant qu'elles ne viuent communément que de poires, racines, chaſtaignes, & legumes. Ainſi que ie m'eforçois de deſcouurir ces choſes plus ſoigneuſement (car i'en eſtois encore en doute) ie rencontray vne certaine vieille, du nombre de celles que lon nomme ſorcieres, & qui ſuccent le ſang des petits enfans au berceau. Ceſte vieille, de ſa propre volonté, me promit qu'en breſ elle m'en donneroit reſponſe : elle commanda que tous ceux qui eſtoyent auec moy, & qui euſſent peu ſeruir de teſmoins, ſortiſſent dehors, ce qui fut fait : puis nous la viſmes par les fentes de la porte, qu'elle ſe frota tout le corps d'vn onguent, comme elle tomba en terre par la vertu des onguens endormans, & entra en vn ſomme treſprofond. Nous ouuriſmes la porte, & entraſmes dedans, nous la commençaſmes à fraper : mais ſon ſomme eſtoit ſi fort, qu'onques elle n'en ſentit rien. Ainſi nous retournaſmes hors la porte : & cependant, la force des onguens eſtant diminuee elle ſe reſueilla, & nous conta pluſieurs folies : aſauoir qu'elle auoit paſſé la mer & les montagnes, & rien ne nous reſpondoit qui ne fut faux. Nous luy nions tout, & elle l'afermoit dauantage : & encore que nous luy monſtriſſions le marques des batures, ſi eſt-ce qu'elles s'obſtinoit dauantage. Voila ce qu'en eſrit I. Baptiſte Porte.

Hierosme Cardan fait mention d'vn onguent preſque ſemblable à ceſtuy-ci, par l'onction duquel il apert que lon void merueilles, car il parle là des choſes qui ne ſont point, & toutesfois ſont veuës. Il eſt compoſé de graiſſe d'enſant (comme ils diſent) de ſuc d'Ache, d'Aconite, de Quintefueille, de Morelle, & de ſuye. Toutesfois on croid qu'elles dorment cependant qu'elles voyent ces choſes. Elles penſent

voir des theatres, des beaux iardins, des banquets, des beaux ornemens, des veſtemens, des beaux ieunes hommes, des Rois, des Magiſtrats : & meſme, toutes choſes deſquelles elles ſe delectent, & dont elles penſent eſtre iouiſſantes. Elles voyent auſſi des diables, des corbeaux, des priſons, des deſerts, & des tourmens. Voila doncques les cauſes des ſonges violens. Il dit auſſi qu'elles viuent d'ache, de chaſtaignes, de feues, d'oignons, de choux, & de phaiſols : toutes leſquelles choſes eſmeuuent des ſonges turbulens. Et ainſi endormant elles penſent eſtre portees en diuerſes regions, & là auoir pluſieurs afections, ſelon la complexion d'vne chacune d'elles : & le tout par l'aide de l'onguent. I'adiouſteray ici vne huyle qui n'a pas moins de vertu à faire dormir longuement & profondement. Prenez de la graine d'yuraye, d'hyoſcyame, ou hanebane, de ciguë, de pauot rouge & noir, de laictue, de pourpier, de chacune quatre parties, de l'herbe, nommee Belle-done par les Italiens, vne partie : faites de l'huile de toutes ces choſes ſelon l'art, & en chacune once d'icelle meſlez vn ſcrupule d'opiumïque Theba. Puis prenez vn ſcrupule ou vn ſcrupule & demi de ceſte huile, & il en enſuyua vn ſomme de deux iours. I'eſcrirois volontiers en cet endroit d'vne liqueur, laquelle fait dormir incontinent qu'elle eſt priſe ſeulement à la quantité d'vne goute ou deux : & qui meſme fait dormir autant d'heures que lon en prend de goutes : toutesfois il vaut mieux ne la diuulguer. Ainſi doncques il y a pluſieurs plantes conues par ceux qui entendent les choſes naturelles : comme l'yuraye, l'herbe que les Italiens nomment Belle-done, l'opium, l'hyoſcyame, la ciguë, les eſpeces de Pauot, la Morelle furieuſe, & pluſieurs autres, par leſquelles l'entendement eſt oſté, ou du tout troublé : tellement que celuy qui en vſera, ſemblera eſtre fol en parlant, en oyant, & en reſpondant : ou bien il tombera en vn profond ſommeil par l'eſpace de quelques iours : l'vſage de toutes leſquelles choſes i'ay mieux aimé taire, comme ſont auſſi les eaux, les vins, les poudres, les trochiſques, les huyles, & le moyen de les compoſer : qu'en les eſcriuant donner occaſion à quelcun d'en abuſer. Car l'auteur benin de tout bien, a touſiours donné l'eſprit, lequel fait proufiter & aide, & non celuy qui fait le mal & qui aporte nuiſance. Toutesfois afin que lon s'en donne garde, i'adiouſteray deux hiſtoires aſſez profitables touchant la vertu de ces medecines endormantes.

Il y auoit vne femme vn peu trop adonnee à ſon proufit & aſſez conue (toutesfois elle eſt deſia morte) laquelle auoit loué par pluſieurs iours, des bateurs en grange : & à celle fin qu'elle les nourriſt à plus petis frais, elle auoit fait amaſſer de l'yuraye, qu'elle fit moudre & meſler auecques de la farine de ſeigle, & en fit du pain. Mais apres que les bateurs en eurent mangé, ils entrerent premierement en vne longue folie : puis eſtans esblouis & laſſez de tourner, ils tomberent tous en vn profond & long ſomme : tellement qu'au lieu de faire la beſongne de la vieille, ils ronfloyent inceſſamment : ce qu'ils continuerent tant qu'elle ſe fut aperceuë, au bout de deux ou trois iours, de la faute qu'elle faiſoit & iuſques à ce qu'elle euſt fait changer le pain.

Davantage Renier Solenandre, docteur medecin fort experimenté en l'obſeruation & vſage de pluſieurs choſes, qui eſt mon compagnon en l'eſtat de noſtre treſ-illuſtre Prince, & qui m'a communiqué les choſes qu'il auoit obſeruees apartenantes à ce mien traicté, m'a raconté que lors qu'il eſtudioit à Louuain, lan mil cinq cens quaranteneuf, ſous Hierome Brachel, il vid l'enfant de Seruais Saſſen libraire, eſtre tourmenté d'eſmerueillables ſymptomes, pour auoir mangé vne grapette de l'herbe nommee belle-done, laquelle par cas fortuit & ſans y penſer, comme eſtant ignorant des choſes, à cauſe de la ieuneſſe, il auoit (penſant par auenture que ce fut vne ceriſe) cueillie & mangee au iardin de Gemme Friſon ſon voiſin, lequel pour lors prenoit plaiſir à eſleuer ceſte plante qui eſtoit en fleur, auec quelques autres. Le petit enfant deuint premierement furieux & n'auoit conoiſſance ni de pere ni de mere : puis il commença à aparoiſtre languiſſant & de corps & d'eſprit. Monſieur Brachel eſtant appelé, s'eſmerueilla de ces accidens ſi ſubits & dangereux : puis eſtant entré en ſoupçon que parauenture il auoit pris quelque venin maniaque, il s'en quit du lieu où il auoit eſté, & ce que c'eſt qu'il auoit fait. On luy reſpondit qu'il auoit eſté iouër au iardin de Gemme Friſon, & que lon l'auoit veu à lentour de la plante de laquelle il auoit tiré quelques grappettes. Toutesfois auant que lon euſt deſcouuert cela, il eſtoit deſia tombé en vn ſomme tellement profond, que lon ne l'en peut retirer iuſques à vingt & quatre heures apres, qu'eſtant eſueillé de ſoy-meſme, il commença à conoiſtre premierement ſon pere, & puis les autres : ſi eſtoit-il touſiours vn peu endormi, iuſqu'à ce que lon lui

eut fait uſer de quelques remedes, ſelon l'art commun, par leſquels il fut du tout gueri.

Ce qui auint a vn Gentil-homme Gaſcon, eſt encore beaucoup plus eſmerueillable, d'autant qu'il ſemble eſtre ridicule, & toutefois digne de commiſeration. Ce pauure homme ayant eſté pris par les Turcs ſur le chemin, & mené en Italie, fut donné à vn grand Seigneur, qui eſtoit Beglierbeg, comme ie penſe, delà le Boſphore de Thrace, & Capitaine de gendarmes en la Macedoine. Il fut aſſez humainement receu au commencement ſelon la maniere de faire des Barbares, pour autant qu'ils l'auoyent dedié pour le plaiſir du Seigneur, à cauſe qu'il eſtoit ieune & beau. Or auint vn iour qu'à force de boire & de manger pluſieurs & diuerſes viandes, il tomba en vn ſomme qui lui dura trois iours : à la fin duquel eſtant eſueillé & voulant vriner, il aperceut que lon luy auoit coupé les genitoires : & lors tout eſtonné il conut combien il auoit dormi, & pourquelle raiſon on l'auoit traité ſi opulemment & delicatement, & meſme de quelle viande il eſtoit entré en ce ſomme ſi profond. Il retourna en fin en ſon païs, & allegua ceſte cauſe, pour laquelle il ſe paſſeroit aiſément d'eſtre marié. Albert le grand & Dioſcordei, eſcriuent que lon trouue en Egypte vne pierre nommee Memphyte (à raiſon de la ville de Memphis), laquelle eſtant miſe en poudre, & beuë auec de l'eau & du vin, fait vn tel endormiſſement de tous les ſens que lon ne ſent aucune douleur. Cela eſt allegué par les Iuriſconſultes, lors qu'ils eſcriuent des gehennes & tortures.

---

# FAITS DIVERS

---

Nominations et promotions. — M. Pichenot, ancien interne de l'asile d'Aix, a été nommé médecin adjoint de l'asile de Bassens (2e classe), en remplacement de M. Dauthony, non acceptant. — M. Girmo, ancien interne des asiles de Montauban, Blois et Charenton été nommé médecin adjoint (2e classe) de l'asile de Saint-Luc à

Pau, en remplacement de M. H. Vedie, mis en disponibilité sur sa demande. — Dans la séance du 22 mai, M. Lunier a été élu membre de l'Académie de médecine (section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale).

Faculté de médecine de Paris. — Le concours pour la place de chef de clinique des maladies du système nerveux vient de se terminer par la nomination de M. le Dr P. Marie. — M. le Dr R. Blanchard vient d'être nommé professeur agrégé à la suite du dernier concours. — Nos lecteurs apprendront avec plaisir la nomination de nos deux amis et dévoués collaborateurs.

Asile d'aliénés de Bordeaux. — Par décision ministérielle, des consultations gratuites pour les maladies mentales et nerveuses auront lieu, à l'asile des aliénés, le mardi et le samedi de midi à deux heures. (*Gaz. hebd. des sciences médicales*, de Bordeaux.) — C'est là une excellente mesure qu'on ne saurait trop généraliser, car elle permettrait de soigner, en dehors de l'asile, un certain nombre de malades. Nous sommes convaincu que le *traitement externe des aliénés* est appellé à rendre de grands services. Rappelons, à cette occasion, qu'il existe depuis plusieurs années à l'asile clinique Sainte-Anne et à la Salpêtrière, et enfin que, à Bicêtre, les médecins donnent quotidiennement des consultations. Toutefois, tandis que, dans les deux premiers établissements que nous venons de citer, les médicaments sont donnés gratuitement, il n'en est pas encore de même à Bicêtre où l'Administration tolère seulement la délivrance de bons de bains ou de douches.

Asile d'aliénés de Bron. — Le lundi 3 décembre 1883, il sera ouvert à la Faculté de médecine de Lyon un concours public pour la nomination de deux internes titulaires et de deux internes suppléants, appelés à faire le service de médecine à l'asile de Bron, du 1er janvier 1884 au 31 décembre 1886, c'est-à-dire pendant trois ans.

Les internes titulaires seront logés, nourris, chauffés et éclairés, et recevront un traitement de 600 fr. pour la première année et de 800 fr. pour les deux autres. Ce traitement pourra être exceptionnellement porté à 1,000 fr. Les internes suppléants recevront le traitement et les avantages en nature des internes titulaires qu'ils sont appelés à remplacer. (*Lyon médical.*)

Asile d'aliénés du Var. — Dans sa séance du 2 juillet, la Chambre des députés a adopté un projet de loi autorisant le département du Var à emprunter une somme de 1,400,000 fr. applicable à la construction d'un asile public pour les aliénés.

Nécrologie. — M. le Dr Petit, médecin en chef du quartier réservé aux aliénés à l'hospice Saint-Jacques de Nantes, est décédé le 8 juin. — Le Dr H.-B. Wilbur, médecin en chef de l'asile des idiots

de Syracuse (État de New-York), est mort subitement le 1er mai. (*Journal of Insanity.*) — M. le Dr Dumont (de Monteux), bien connu par son *Testament médical* et par le récit de ses névroses, est mort au mois de juillet, à Rennes; il était âgé de quatre-vingt-un ans.

Société française de tempérance. *Programme des prix et récompenses à décerner en* 1884. — Le Conseil d'administration de la Société, dans sa séance du 6 juin 1882, a décidé : 1° que tous les travaux se rapportant à la tempérance et aux boissons alcooliques envisagées sous le rapport soit de leur composition, soit de leur action sur l'économie, seraient admis au concours; — 2° que des récompenses pourraient être accordées aux travaux imprimés aussi bien qu'aux travaux manuscrits envoyés à la Société.

La Société ne met au concours aucune question spéciale, mais elle appelle particulièrement l'attention des concurrents sur les questions suivantes : De l'alcoolisme héréditaire; — Action sur l'économie des eaux-de-vie de cidre et de poiré; — Mesures qu'il convient de prendre à l'égard des ivrognes d'habitude.

Une somme de 2,000 fr. sera répartie entre les auteurs des mémoires couronnés. Les ouvrages ou mémoires devront être remis au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 1er janvier de l'année 1884.

Exposition fréniatrique a Voghera. — Le quatrième congrès de la Société fréniatrique italienne doit avoir lieu au mois de septembre 1883, à Voghera. A cette occasion, on organise, dans la même ville, une exposition fréniatrique, d'un caractère exclusivement technique et scientifique, destinée à faire connaître les progrès récemment accomplis dans la science psychiatrique, dans l'organisation administrative, dans l'agencement technique des asiles d'aliénés.

L'exposition comprendra quatre catégories d'objets :

1° Appareils et instruments scientifiques pour l'étude somatique des aliénés ; figures et préparations relatives à l'anatomie et à l'histologie du système nerveux ;

2° Projets, plans, modèles relatifs à la construction des asiles, des cliniques psychiatriques, des sections pour idiots, pour agités, etc. ;

3° Objets d'hygiène manicomiale et de mobilier spécial; lits, sièges, portes, fenêtres, moyens de contention, appareils pour l'alimentation forcée, appareils électro-thérapiques, préparations chimiques, etc ;

4° Publications scientifiques, journaux de psychiatrie, de neurologie et d'anthropologie, rapports administratifs.

Les objets destinés à l'exposition doivent êtres adressés à la Commission ordonnatrice de l'exposition fréniatrique, à Voghera, du 15 août au 15 septembre. Les frais de l'expédition et de réexpédi-

tion sont à la charge des exposants. Le président de la commission est le professeur Raggi.

Le programme que nous avons sous les yeux ne dit pas si l'exposition est purement italienne ou si les étrangers y seront admis. Il suffirait d'écrire au Dr Raggi pour s'en assurer.

L'INCENDIE DE L'ASILE DU Dr BOYD. — *The Lancet* (18 août) nous apprend qu'un incendie a détruit l'asile d'aliénés du Dr Boyd. En voulant combattre le fléau, lui, son fils et plusieurs malades ont trouvé la mort. Le journal anglais insiste sur la situation particulière qui existe, en cas d'incendie, dans un asile où souvent les malades ne peuvent être d'un grand secours. Ce triste événement montre combien il est indispensable de pourvoir les établissements hospitaliers d'eau en abondance et de nombreuses bouches d'incendie.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ. — La *Cronica medica quirurgica de la Habana* raconte le fait suivant qui démontre l'importance de la séquestration des aliénés une fois que le médecin a constaté leur irresponsabilité. Les Drs Mulcay et Pardinas avaient certifié la démence d'un nommé Garcia. Quelques jours après, pris d'un accès de fureur, cet homme, armé d'un revolver, se rendit chez le Dr Mulcay. Celui-ci, prévenu par ses amis, eut le temps de se renfermer chez lui; mais son père, qui venait le voir, reçut une balle de revolver qui ne lui fit, heureusement, qu'une blessure légère. Personne n'osait approcher. Les gendarmes appelés furent obligés pour se défendre de faire usage de leurs armes, et le malade fut tué d'un coup de fusil. *(Ann. méd. psycholog.)*

---

# BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

ANNUAL REPORT (fortieth) *of the managers of the State Lunatic asylum at Utica*, for the year 1882. Broch. In-8° de 103 pages. Albany, 1883, Weid, Tarsons et Cie.

ANNUAL REPORT (*Sixty-eigth and sixty-ninth of the trustees of the Massachusetts general hospital.* Deux broch. in-8° formant ensemble 131 pages. Boston, 1881-1882, Geo. H. Ellis.

BIANCHI (L.). — *Sulle compensazioni funzionali della corteccia cerebrale. Contribuzione sperimentale.* Broch. in-8° de 73 pages. Napoli, 1883. Tipografico dell' Unione.

BOURNEVILLE, BONNAIRE et WUILLAMIÉ. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie, et l'idiotie*, compte rendu du service des épileptiques et des enfants de Bicêtre pour l'année 1881. In-8° de 180 pages, avec 18 figures et 7 planches, en chromo-lithographie. Prix : 6 fr.; pour nos *abonnés*, prix : 4 fr.

BRA (M.). — *Manuel des maladies mentales*. Un volume in-18 de 282 pages. Prix : 4 fr. Paris, 1883. Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier.

BRUNET (D.). — *Rapport présenté au conseil général de l'Eure* (session d'août 1882) *sur l'asile public d'aliénés d'Évreux*. Extrait du procès-verbal des délibérations du Conseil général. Broch. in-8° de 77 pages. Évreux, 1882. Imprimerie Quettier.

BUCCOLA (S.). — *Sul tempo della dilatazione reflessa della pupilla nella paralisi progressiva degli alienati ed in altre malattie die centri-nervosi*. Broch. in-8° de 13 pages. Reggio-Emilia, 1883. Typografia di Stefano Calderini e Figlio.

BYROM-BRAMWELL. — *Maladies de la moelle épinière*. Ouvrage traduit de l'anglais par MM. G. Toupinel et L.-H. Thoinot. Un volume in-8° de 352 pages. Prix : 14 fr. Paris, 1881, librairie H. Lauwereyns.

CAMPAN (L.). — *Asile public d'aliénés de Cadillac. — Compte rendu médical de l'exercice*, 1881. Broch. in-8° de 91 pages. Bordeaux, 1882. Gounouilhou.

DOUTREBENTE. — *Compte moral et administratif de l'asile départemental d'aliénés de Blois pour l'année* 1882. In-4° de 48 pages.

MAUDSLEY (H.). — *La pathologie de l'esprit*. Traduit de l'anglais par Fermont. Un volume in-8° de 600 pages. Prix : 10 fr.. Paris, 1883. Librairie Germer Baillière.

MEDICO-LEGAL SOCIETY OF NEW-YORK (*Papers read before the*) *from its organization*. Second series. Un volume in-8° cartonné, de 528 pages. New-York, 1882. W.-F. Wanden Houten.

WESTPHAL. — *Demonstration Zweier Fälle von Thomsen' scher Krankheit*. Extrait du *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1883. Broch. in-8° de 6 pages. Berlin, imprimerie Schumaker.

WESTPHAL. — *Ueber eine dem bilde der cerebrospinalen graven, degeneration ähnliche erkrankung des centralen nervensystems ohne anatomischen befund nebst einigen bemerkungen über paradoxe contraction*. Broch. in-8°, de 48 pages. Berlin, 1883. Imprimerie Schumacker.

*Le rédacteur-gérant*, BOURNEVILLE.

ÉVREUX, CH. HERISSEY, IMP. — 983.

Vol. VI. Novembre 1883. N° 18

# ARCHIVES DE NEUROLOGIE

## CLINIQUE NERVEUSE

### AFFECTIONS OSSEUSES ET ARTICULAIRES DU PIED CHEZ LES TABÉTIQUES (*Pied tabétique*);

Par MM. J.-M. CHARCOT et Ch. FÉRÉ.

Décrites pour la première fois par l'un de nous [1], les affections osseuses et articulaires des ataxiques sont aujourd'hui bien connues, au moins dans leurs traits généraux et lorsqu'elles siègent, comme c'est la règle, sur les os longs des membres et sur les grandes articulations. Elles ont été depuis lors le sujet de travaux importants dus à MM. Ball [2], Clifford Albutt, Rosenthal, Weir Mitchell [3], Bourneville et Forestier [4], Blum [5], Michel [6],

[1] Charcot. — *De quelques arthropathies consécutives aux affections du cerveau et de la moelle épinière.* (*Arch. de Physiologie normale et pathologique*, 1868.)

[2] M. Ball. — *Des arthropathies consécutives à l'ataxie locomotrice.* (*Gaz. des Hôp.*, 1868 et 1869.)

[3] *American Journ.*, avril 1873.

[4] Forestier. — *Etude sur quelques points de l'ataxie locomotrice*, etc. Thèse de Paris, 1874, et *Revue photogr. des Hôpitaux*, 1870-1872.

[5] A. Blum. — *Des arthropathies d'origine nerveuse.* Thèse d'agrégation en chirurgie, 1875.

[6] Michel. — *Etude sur les arthropathies survenant dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive.* Thèse de Paris, 1877.

Buzzard[1], Westphal[2], etc., etc. La plupart des musées anatomo-pathologiques possèdent actuellement des spécimens de ces lésions : le musée de la Salpêtrière est à cet égard particulièrement riche[3].

Presque toutes les observations publiées jusqu'à ce jour ont trait à des lésions des grands os longs des membres et des grandes articulations ; et il n'a point encore été question, que nous sachions, d'altérations analogues portant sur les os courts et les petites articulations du pied[4]. C'est sur un groupe de faits de ce genre que nous désirons appeler l'attention.

C'est au mois d'avril 1881, que nous avons observé le premier exemple de cette affection.

Observation I. — *Ataxie locomotrice. — Crises laryngées. — Troubles de la miction.— Douleurs fulgurantes, anesthésie, incoordination, phénomènes oculo-pupillaires. — Déformation des pieds.*

M. de C.., quarante et un ans, se présente à la consultation de la Salpêtrière le 30 avril 1881.

En 1869, il a eu une toux spasmodique qui a duré plusieurs mois, et a fini par s'accompagner de crises laryngées, avec reprises bruyantes, et accès de suffocation, pendant lesquels il est tombé deux ou trois fois sans connaissance. En 1871, il s'est aperçu d'une difficulté à uriner, et se crut atteint de rétrécis-

[1] Buzzard. — *On articular and osseous lesions in locomotor ataxy.* (*Med. Times and Gaz.*, febr. 1880.) — *On the affection of bones and joints in locomotor ataxy and its association with gastric crises.* (*Trans. of the path. Soc. of London*, 1880.)

[2] *Berliner kliniche Wochenschrift*, juillet 1881.

[3] Ch. Féré. — *Description de quelques pièces relatives aux lésions osseuses et articulaires des ataxiques, conservées au musée anatomo-pathologique de la Salpêtrière.* (*Arch. de Neurologie*, 1882, t. IV, p. 202.)

[4] Dans leur *Contribution à l'étude des névrites périphériques non traumatiques*, MM. Pitres et Vaillard rapportent un cas d'arthropathie de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index droit chez un ataxique. (*Arch. de Neurologie*, t. VI, n° 17, p. 180.)

sement : il fut sondé par Michaud (de Louvain), qui ne trouva rien. Pendant le premier mois de 1879, il commença à éprouver des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Quelques mois après, il vit double pendant quelque temps. Au mois de septembre de cette année 1879, il commença à souffrir des pieds qui se sont mis à se déformer. Il a cru, à cette époque, avoir affaire à une entorse; mais sans toutefois pouvoir retrouver le souvenir d'un traumatisme quelconque. Les parties malades étaient un peu douloureuses; mais il n'en souffrait pas assez pour être empêché de marcher. Depuis deux mois seulement, il y a des douleurs sur le trajet des nerfs cubitaux.

Signe de Romberg. — Anesthésie presque complète (froid, étincelle électrique) des pieds et des jambes; incoordination motrice depuis dix-huit mois). — Réflexes rotuliens abolis des deux côtés. — Myosis (pupilles petites et égales). — Pas de troubles gastriques.

*Fig.* 3. —Arthropathie du pied droit.

Les deux pieds offraient exactement la même déformation, qui, toutefois, était plus prononcée à droite. (*Fig.* 3.) Le bord interne du pied était considérablement augmenté d'épaisseur dans toute la partie qui correspond au scaphoïde, au premier cunéiforme et à l'articulation tarso-métatarsienne. En outre, le métatarse en masse était dévié en dehors, de sorte qu'il existait sur le bord interne du pied, au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne, un angle fortement saillant. On ne constatait point de craquements au niveau des parties déformées.

Ces lésions symétriques du pied, se présentant en dehors de toute autre cause connue chez un ataxique avéré, nous parurent devoir être rapprochées des lésions osseuses et articulaires si fréquentes chez les tabétiques.

Mais la diffusion de la déformation, l'absence de craquements articulaires, nous portèrent à penser que, si les articulations étaient affectées, elles n'étaient pas

seules en jeu, et que les os aussi devaient être lésés. Toutefois, en l'absence de vérification anatomique, nous crûmes devoir rester sur la réserve, relativement à la nature intime de l'affection qui nous parut provisoirement désignée suffisamment sous le nom de *pied tabétique*.

Peu de temps après, au Congrès de Londres, M. H. W. Page[1] présenta un malade, ataxique aussi, qui offrait une déformation du pied tout à fait semblable à celle que nous venons de décrire. M. Page rattacha, sans hésiter, cette affection au groupe des *arthropathies tabétiques*.

Observation II. — *Arthropathie dans un cas de tabes dorsal.* (A.-W. Page.)

Le malade est un homme de trente ans. L'affection a commencé en octobre dernier par un gonflement de la jambe droite et du pied, qui étaient douloureux tout d'abord. Puis la douleur passa et le gonflement du pied resta le symptôme principal.

Le cuboïde, le scaphoïde, les trois cunéiformes et les os du métatarse paraissent augmentés de volume, et on peut les mouvoir l'un sur l'autre dans toutes les directions. Les manœuvres auxquelles on soumet le pied ne semblent pas provoquer de douleurs. La plante du pied était le siège d'une anesthésie douteuse. Au bout d'un mois, il se produisit une solution de continuité de la couche cornée de la plante du pied droit, et il se fit une ulcération non douloureuse à l'extrémité du gros orteil. Un mois après, le pied droit était resté dans le même état, mais plusieurs sillons cornés étaient apparus sur l'autre pied. Ils étaient tout à fait indolores. Le malade n'offrait aucune particularité dans sa démarche. Le réflexe patellaire était absent des deux côtés ; on trouvait le signe d'Argyll Robertson. C'est sous notre observation que le pied gauche commença à être

[1] *Transactions of the international medical congress.* London, 1881, t. I, p. 124. (*Brit. Med. journ*, avril 1824, p. 772.)

affecté de la même manière que le droit, très rapidement, et sans douleur. Il raconta que quatre années avant il avait souffert de vives douleurs lancinantes dans les jambes. Deux ans auparavant, il avait présenté des symptômes de débilité nerveuse et éprouvé des vomissements quotidiens, qui avaient commencé et cessé tout à fait subitement sans que leur début et leur fin aient eu aucune cause connue.

Au mois de janvier 1882, nous eûmes l'occasion d'observer une dame jeune, chez laquelle le tabes avait débuté dix ans auparavant par des douleurs fulgurantes dans la face, et qui présentait des troubles urinaires, l'incoordination motrice, l'abolition du réflexe patellaire, le signe d'Argyll Robertson, etc. Peu de temps après, des accès de douleurs fulgurantes siègeant au niveau des articulations métatarso-phalangiennes du gros orteil, il s'était produit une déformation des parties dures de ces articulations, qui étaient augmentées de volume et formaient un angle saillant en dedans. En même temps, il s'était manifesté, au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne, des deux côtés, une saillie angulaire non douloureuse, portant seulement sur la face dorsale du pied.

Observation III. *Ataxie locomotrice; début à dix-huit ans, pas de syphilis; — Douleurs fulgurantes, troubles vésicaux et oculo-pupillaires, incoordination. — Déformation des pieds.*

Mme X..., de Bordeaux, vingt-deux ans. Pas d'antécédents nerveux dans la famille, dit-elle. Elle-même n'a jamais offert d'autres troubles névropathiques que ceux qui constituent la maladie actuelle. A toujours été bien portante dans sa jeunesse. Pas de trace de syphilis. Elle s'est mariée à dix-sept ans. Un an après tout au plus [1], elle commença à avoir dans la tête et dans

[1] Maintes fois déjà nous avons fait la remarque que chez la femme, les premiers symptômes de l'affection tabétique se manifestent souvent de très bonne heure, à l'âge de dix-huit, vingt, vingt-cinq ans, ce qui n'a pas lieu très certainement au même degré chez l'homme.

la face des douleurs fulgurantes; au niveau des points où elles produisaient, la peau était sensible au toucher. Quelques mois après, des douleurs analogues ont apparu dans les jambes; mais cessant quelquefois pendant des mois entiers. Ces douleurs étaient surtout intenses au-devant des tibias, où le moindre frottement était insupportable. Quelquefois aussi il y avait une sensation de contriction autour des membres.

Il a trois ans, elle a commencé à éprouver des troubles vésicaux; rétention et crises douloureuses; depuis un an et demi les urines déposent. A partir de la même époque les douleurs fulgurantes ont notablement diminué; mais alors apparut l'incoordination motrice: elle s'aperçut qu'elle ne pouvait plus marcher dans l'obscurité; elle avait des troubles de l'équilibre sitôt qu'elle fermait les yeux; même assise sur un fauteuil, si on enlevait la lumière, elle oscillait. Jamais de diplopie. Quelquefois petits accès de toux nerveuse pendant la nuit.

*Fig.* 4. — Arthropathie du pied droit.

9 *janvier* 1882. — Incoordination motrice, abolition des réflexes patellaires. Signe d'Argyll Robertson, pupille droite plus grande.

Il existe aux deux pieds, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil des deux côtés, une saillie angulaire, mais pas de craquements articulaires. (Il y a deux ans elle avait eu des douleurs fulgurantes au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du côté droit, et les mêmes douleurs s'étaient montrées du côté gauche il y a deux mois). L'articulation tarso-métatarsienne forme également une saillie presque à angle droit, des deux côtés, sur la face supérieure du pied. Cela s'est produit depuis un an graduellement, sans douleur ni gonflement. On ne provoque ni craquements ni mouvements anormaux au niveau des articulations déformées. (*Fig.* 4.)

Enfin, tout dernièrement, nous voyions une dame de trente-six ans qui fut affectée de troubles visuels pour

la première fois il y a huit ans environ, et chez laquelle l'évolution du tabes paraît avoir été précipitée depuis quatre ans, par une succession d'émotions morales pénibles. Le diagnostic ne saurait être douteux ; nous relevons, en effet, dans l'histoire de cette dame l'existence de douleurs fulgurantes, d'incoordination motrice, d'anesthésies, de douleurs en cuirasse, de troubles des fonctions urinaires et génitales, de perte des réflexes patellaires, etc. Elle présente en outre, des arthropathies avec déformation considérable des deux genoux. On voit enfin du côté droit, une déformation du pied exactement reproduite par la *figure* 5, et qui rappelle, d'une manière frappante, l'aspect des déformations observées dans les autres cas. Le bord interne du pied droit offre un épaississement très considérable depuis le cou-de-pied, jusqu'au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne inclusivement, et d'où il résulte un effacement à peu près complet de la voûte plantaire. Le métatarse paraît porté en dehors, comme s'il était luxé ; cette déviation produit une saillie angulaire de l'articulation tarso-métatarsienne. Ces parties sont indolores et paraissent l'avoir toujours été, ou peut s'en faut; il n'y a jamais eu ni rougeur, ni craquements, et la marche serait restée possible si d'autres articulations ne s'étaient prises, et surtout si l'incoordination motrice des membres inférieurs n'existait au plus haut point.

Observation IV. — *Ataxie locomotrice. — Hérédité, syphilis, émotions morales pénibles. — Troubles de la vision, incoordination, douleurs fulgurantes ; troubles urinaires, arthropathies des genoux. — Déformation du pied droit.*

M^me^ R... de N..., trente-six ans. Nous relevons, parmi les antécédents héréditaires l'existence d'une tante et d'un oncle

maternels aliénés. Elle-même n'a jamais, dit-elle, offert de troubles névropathiques. Elle s'est mariée une première fois à vingt ans. Au bout d'un an, elle mettait au monde après six mois de gestation, deux fœtus mort-nés. A la suite de cette couche, on a constaté l'existence d'une éruption mal déterminée aux organes génitaux, et quelque temps après, elle eut au front quelque chose qu'elle appelle un eczéma, qui dura plusieurs mois et ne laissa pas de trace. Vers la même époque, elle perdit non seulement ses cheveux, mais une grande partie des poils du pubis. Depuis lors elle n'a plus rien présenté qui puisse être attribué à la syphilis[1].

Un an environ après ses premières couches, elle en eut une seconde, l'enfant vint bien à terme, mais mourut peu de temps après, sans qu'il soit possible aujourd'hui de déterminer à quelle maladie il succomba.

L'année suivante elle eut une nouvelle couche, l'enfant vint mort à huit mois. Elle avait vingt-cinq ans lorsqu'elle donna naissance à son quatrième enfant, une fille, qui aujourd'hui encore est bien portante. Son mari mourut alors de phthisie pulmonaire.

Dix-huit mois ou deux ans plus tard, elle commença à éprouver des troubles de la vision, elle vit double de temps en temps, et sa vue resta plus ou moins troublée, dit-elle, pendant environ deux ans. Les symptômes oculaires disparurent sans qu'il se soit produit, semble-t-il, aucun autre phénomène morbide ; elle n'aurait jamais eu de douleurs fulgurantes, elle est très affirmative sur ce point. Se croyant en parfaite santé, elle se remaria ; elle avait alors trente-deux ans environ.

Jusqu'à son accouchement qui eut lieu l'année suivante tout alla bien ; mais elle avait affaire à un mari qui semble être dipsomane et qui de temps en temps s'enivre tout une série de jours pendant lesquels il est d'une violence extrême. Trois jours après son accouchement, il faillit mettre le feu à son lit ; elle en éprouva une grande frayeur, et depuis ce moment, elle est restée très émotive. Quand elle voulut se lever, trois ou quatre semaines après la délivrance, elle remarqua tout de suite que ses jambes étaient faibles et obéissaient maladroitement : quand elle essayait de marcher dans l'obscurité,

[1] Nous relevons particulièrement, dans ce cas, parmi les circonstances étiologiques, l'influence combinée de l'hérédité nerveuse (tante et oncle maternels aliénés), et de la syphilis.

elle était prise immédiatement d'une anxiété très pénible, parce qu'elle sentait que l'équilibre allait lui manquer.

A cette époque, elle commença à éprouver des douleurs fulgurantes dans les membres inférieures. Aux points où se manifestaient des douleurs, elle constata fréquemment l'existence d'une sensibilité douloureuse de la peau disparaissant peu de temps après les fulgurations. Elle a observé aussi quelquefois des *bleus*, dont elle ne pouvait pas s'expliquer l'origine, n'ayant souvenir d'aucun choc. En même temps elle avait des douleurs dorso-lombaire et une sensation de contriction très pénible à la base du thorax.

Quatre mois après son accouchement, elle eut au membre inférieur gauche quelque chose qu'on appela une phlébite : il y eut du gonflement diffus, au niveau du genou surtout, sans douleur intense, sans rougeur et sans fièvre, au moins très forte à ce qu'il paraît.

Un an plus tard environ, le pied droit commença à se déformer et à se tordre en dedans pendant la marche qui devint surtout gênée alors par l'incoordination des mouvements ; mais la région déformée n'était affectée que de douleurs insignifiantes.

Quelques mois après le genou gauche commença à se disloquer, l'articulation n'a point été douloureuse, mais paraît avoir été le siège d'un gonflement assez considérable.

Au mois de novembre 1881, le genou droit est devenu à son tour le siège d'un gonflement considérable sans grande douleur, sans rougeur et s'est déformé.

En même temps que les deux genoux se déformaient la peau et le tissu cellulaire sous-cutané des deux membres inférieurs devenait le siège d'un épaississement éléphantiasique, s'étendant depuis le cou-de-pied jusqu'à la racine du membre.

Depuis un an les douleurs paraissent avoir beaucoup diminué, mais il est survenu des troubles urinaires ; au moindre effort l'urine s'échappe. Elle est sujette à la constipation.

*Etat actuel* (juillet 1882). — La vue est assez bonne, pas de diplopie. Les paupières sont un peu tombantes. Myosis. Signe d'Argyll Robertson. De temps en temps nous avons été témoin d'accès de toux avec reprise coqueluchoïde qui n'avaient pas frappé l'attention de la malade, mais qui semble exister depuis plusieurs années déjà; ces accès de toux la réveillent souvent la nuit. Sensation de constriction thoracique en cuirasse, s'exa-

gérant par moments. Rarement elle se plaint de douleurs rachidiennes vers la partie supérieure de la région lombaire. Plaques d'anesthésie varibles comme siège et comme intensité sur le ventre et les membres inférieurs. Anesthésie plantaire très marquée. Perte du sens musculaire dans les membres inférieurs ; la malade a perdu la notion de leur position : quand elle ne les voit pas, elle ne reconnait point les mouvements communiqués. Ces troubles n'existent pas aux membres supérieurs. Cependant il existe un certain engourdissement des mains sans localisation spéciale. L'incontinence d'urine est très variable suivant les jours ; elle augmente quand la malade est soumise à une émotion. Ordinairement il y a constipation ; mais on observe de temps en temps des diarrhées qui se manifestent sans motif, et cessent de même. Les sensations génitales et les désirs sont complètement abolis depuis le dernier accouchement. Abolition des réflexes patellaires.

*Fig.* 5.— Arthropathie du genou ; pied ataxique.

Il existe dans le genou gauche des mouvements de latéralité et de flexion antérieure, qui empêchent complètement la station, sans le secours d'un appareil contentif ; le genou droit est aussi le siège des mouvements de latéralité, mais la malade peut encore se soutenir un peu sur ce membre. Elle ne peut faire quelques pas que soutenue par deux personnes et elle lance ses jambes de côté d'une manière tout à fait caractéristique. Même quand elle est ainsi soutenue, si on lui fait fermer les yeux, il lui devient à peu près impossible de faire un pas.

Du côté droit, la partie inférieure du fémur paraît augmentée de volume et les condyles font saillie en arrière de l'articu-

lation. Du côté gauche, le condyle externe semble porté à la fois en arrière et en dehors; mais le fémur ne paraît pas augmenté de volume.

Le pied droit offre une déformation très considérable. Le métatarse et les phalanges sont déviés en dehors dans leur ensemble, et forment sur le bord interne du pied un angle obtus avec le tarse. Au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne le bord interne du pied offre un épaississement très manifeste, et il y a là (*fig.* 5) une saillie arrondie qui s'étend en dehors sur le dos du pied. Le creux plantaire est à peu près effacé ; il semble que tous les os du tarse participent à la tuméfaction.

Les ongles des deux pieds sont dystrophiés, particulièrement à droite. Aux mains, ils ne présentent point d'altération apparente, mais ils sont moins épais et poussent moins vite qu'autrefois.

L'épaississement éléphantiasique des deux membres supérieurs n'a subi aucune modification; on peut se rendre compte de cette déformation du membre par l'examen de la figure 6.

Il peut donc exister chez les ataxiques, une affection spéciale du pied, s'accompagnant d'une déformation au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne, caractérisée par une saillie angulaire prédominant le plus souvent sur le bord interne (Obs. I, II, IV), quelquefois sur la face dorsale du pied (Obs. III). Cette affection n'est sans doute point très rare, puisque nous l'avons rencontrée trois fois en deux ans.

La lésion semblerait au premier abord n'affecter que l'articulation tarso-métatarsienne; et, bien que l'augmentation de volume des parties dures de la région tarsienne permît de soupconner des altérations plus complexes, l'examen clinique des faits ne suffisait pas, à lui seul, à étayer une opinion définitive.

L'anatomie pathologique ne nous a pas fait attendre longtemps la solution de la question. Un cas analogue

à ceux que nous venons de relater s'étant présenté à l'Hôtel-Dieu, l'autopsie a pu être faite, et M. le Dr Capitan a bien voulu nous remettre les pièces qu'il a recueillies.

Observation V. — *Examen du squelette du pied dans un cas d'affection complexe des os et des articulations chez un ataxique.* (*Fig.* 6.)

*Calcanéum* (14). — La facette postérieure de la surface articulaire supérieure est encore facilement reconnaissable; on remarque seulement à son pourtour un certain nombre de petites productions ostéophytiques. La facette antérieure est au contraire complètement usée et comme évasée. La surface articulaire antérieure n'est plus reconnaissable. La petite apophyse est augmentée de volume et déformée, mamelonnée.

*Astragale* (13). — Il n'y a que la surface tibiale et les surfaces malléolaires qui soient reconnaissables. La face supérieure est complètement usée, la tête a disparu ou du moins a été séparée (12) au niveau du col et est à peine reconnaissable parmi les fragments informes qui ont été trouvés à la place du tarse.

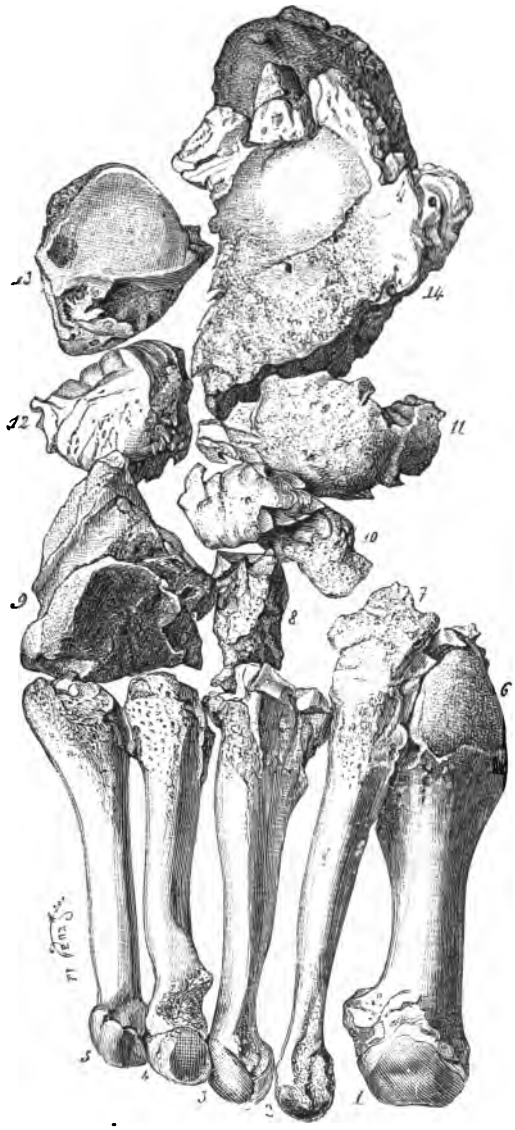
*Cuboïde* (9).— Il est représenté par une masse irrégulière et ne peut être reconnu que par la gouttière de la face inférieure.

Le *scaphoïde* est représenté par deux fragments irréguliers (10 et 11) à surface poreuse.

*Premier métatarsien* (1). — Considérablement épaissi à sa partie postérieure qui est complètement soudée au *premier cunéiforme* (6). Le *deuxième métatarsien* (2) est également soudée au *deuxième cunéiforme* (7). Toutes les surfaces articulaires postérieures des trois autres métatarsiens sont plus ou moins altérées, détruites par usure sur certains points. Vingt-cinq fragments osseux de volume divers et de formes irrégulières se sont détachés des os principaux : un de ces fragments, plus volomineux (8), rappelle par son aspect général le *premier cunéiforme*, sans que toutefois on puisse être plus affirmatif sur son identité [1].

[1] La pièce a été présentée à la Société anatomique le 13 juillet 1883.

Fig. 6.




Squelette d'un pied ataxique : 1, 2, 3, 4, 5, métatarsiens ; 6, 7, premier et deuxième cunéiformes soudés aux métatarsiens correspondants ; 8, fragment osseux paraissant être le troisième cunéiforme ; 9, cuboïde ; 10, 11, deux fragments du scaphoïde ; 12, 13, b. b. et corps de l'astragale ; 14, calcanéum.

Nous n'insisterons pas longuement sur ces lésions dont les caractères très spéciaux frappent nécessairement à première vue. Les surfaces articulaires inférieures de l'astragale, les surfaces articulaires du calcanéum sont érodées, usées, avec quelques petites végétations sur leurs bords; l'astragale est fracturé transversalement au niveau de son col; le scaphoïde, le cuboïde, sont usés, déformés, à peine reconnaissables. Il s'en est détaché de nombreux petits fragments parmi lesquels on ne saurait qu'avec peine reconnaître le troisième cunéiforme. Le premier cunéiforme est augmenté de volume, épaissi dans le sens de la hauteur, il en est de même de la partie postérieure du premier métatarsien auquel il est soudé. Le deuxième cunéiforme, déformé en arrière, est aussi soudé au deuxième métatarsien. Tous les os du tarse et du métatarse offrent un aspect spongieux, une friabilité, une légèreté inusités.

Ces lésions complexes, en dehors de tout traumatisme, de toute affection suppurative du pied, ne peuvent être rapprochées que des lésions osseuses et articulaires du tabes. Le malade étant nettement ataxique, ainsi que l'a d'ailleurs démontré l'examen de la moelle épinière, l'origine de l'affection du pied ne paraît pas pouvoir rester douteuse.

Il peut, comme on le voit, se présenter, dans le cours de l'ataxie locomotrice une affection complexe du pied dans laquelle les os et les articulations sont le siège de lésions analogues à celles qu'offrent dans les mêmes circonstances, les os longs et les grandes articulations. Cette affection que nous proposons de désigner pour plus de commodité par la dénomination

de *pied tabétique* mérite de fixer l'attention, car, principalement dans les cas où elle se montre isolée, elle peut faire errer le diagnostic.

---

# PHYSIOLOGIE

## DU DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE CHEZ LES ENFANTS;

Par M. SIKORSKY (de Saint-Pétersbourg).

Le mode de développement du langage chez les enfants est encore très peu connu. Ce que l'on sait de cette intéressante question n'en touche guère que le côté phonétique, c'est-à-dire le développement des sons. Parmi ceux qui se sont occupés de cette question, nous citerons Sigismund[1], Darwin[2], Vierordt[3], Preyer[4], Kussmaul[5], Taine[6], Löbisch[7], Schultze[8], Preyer[9], Simonovich[10]. Nous trouvons que ces auteurs s'en sont

[1] Sigismuud Berthold. — *Kind und Welt*. Braunschweig, 1856.

[2] Darwin. — *Biographische Skizze eines Kindes*, dans *Cosmos*, t. Ier, 1877, p. 374 (allemand).

[3] Vierordt. — *Anatomie und Physiologie des Kinderalters*. Tubingen, 1881.

[4] Preyer. — *Die Seele des Kindes*. Leipzig, 1881.

[5] Kussmaul. — *Die Sprachstörungen*. (*Zemsen's Handbuch*).

[6] Taine. — *Revue philosophique*, t. Ier, 1876.

[7] Löbisch. — *Entwickelungsgeschichte der Seele des Kindes*. Wien, 1851.

[8] Schultze. — *Die Sprache des Kindes*. Leipzig, 1880.

[9] Preyer. — *Psychogenesis*, dans *Deutsche Rundschau*. Mai 1880.

[10] Mme Simonovich. — *Observations sur l'acquisition du langage*. (En russe.) 1881.

tenus, dans le cours de leurs investigations, au programme suivant : 1° époque de l'apparition de sons distincts ; 2° caractère des premiers sons émis par l'enfant; 3° dans quelle succession s'accomplit le développement de la gamme des sons. Voici quelles sont les principales données obtenues à l'aide de ce programme.

De très bonne heure, c'est-à-dire dans la première moitié de la première année, ou même les premiers trois mois, on peut saisir dans sa voix, à titre de nuance plus ou moins nette, soit une voyelle soit une autre, servant à exprimer une sorte de sensation; c'est ainsi que les nuances *a* et *é*, dans la voix, signifient, l'une plaisir, l'autre malaise. En outre, on peut encore distinguer dans la voix de l'enfant les nuances plus ou moins précises, des sons *e* et *i*. Des consonnes, c'est l'*m* qui apparaît le premier, puis vient le *b* et bientôt après arrivent graduellement les autres consonnes labiales, linguales et, en dernier lieu, gutturales. Entre les troisième et quatrième mois on remarque, pour la première fois, une combinaison caractéristique de sons, sous forme de syllabe, telle que *mam*, *amm*, *nla*, *ml*, etc. Ces syllabes sont, à ce moment là, encore absolument dénuées de tout sens symbolique, de tout rapport avec les idées; néanmoins, l'enfant les répète souvent et avec plaisir, bien que évidemment, il se complaise exclusivement à l'effet d'acoustique. Vers la fin de la première année de la vie de l'enfant, l'intention se fait évidente dans l'émission des sons et des syllabes, et, à partir de cet instant, l'étude du langage devient plus active. Telles sont les principales données contenues dans les ouvrages des auteurs précités. Passons maintenant à nos observations personnelles.

Nous nous en sommes tenus en partie, dans notre ouvrage, au même programme que les différents auteurs ; nous avons principalement porté notre attention sur l'histoire du développement des sons et sur le mécanisme de la combinaison des sons, c'est-à-dire sur la formation des syllabes et des mots du langage. Voici le procédé que nous avons adopté pour le recueil des matériaux : 1° Nous avons noté par écrit les paroles de chaque enfant séparément ; 2° Nous avons continué à les noter pendant une durée de plusieurs mois; 3° Nous avons collationné les rédactions successives d'un seul et même mot fournies par l'enfant à diverses époques. Nos propres enfants, ceux de nos connaissances et enfin ceux des Enfants-Trouvés, sont les sujets sur lesquels nous avons pratiqué nos observations. Nous avons également tenu compte du vocabulaire de mots d'enfants fournis par Preyer, Schultze et différents auteurs. Nos investigations concernent surtout la période du langage conscient, c'est-à-dire celui de la deuxième et de la troisième année de la vie de l'enfant. Les manifestations de la période antérieure ne sont rapportées qu'autant qu'elles concourent à élucider les côtés généraux de la question.

Les particularités du langage des enfants sont, jusqu'à un certain point, susceptibles de classification et nous allons en faire l'énumération rapide.

En premier lieu, le langage des enfants ne comporte point de mots *polysyllabiques*; mais est formé, la plupart du temps, de combinaisons *monosyllabiques*. Ordinairement, les enfants adoptent une des syllabes ou tout au plus deux d'un mot donné pour en faire le représentant de ce mot lui-même tout entier; c'est

ainsi, par exemple, que l'enfant de Taine[1] prononce *cola* au lieu de *chocolat*.

La structure élémentaire de la syllabe constitue la deuxième particularité de la langue des enfants. Le langage de l'enfant ne renferme pas dans une même syllabe deux ou trois consonnes de suite; il n'admet qu'une voyelle, soit seule, soit jointe à une consonne, comme représentant de syllabe entière, de combien de sons, d'ailleurs, qu'elle soit formée en réalité : *lan*, par exemple, au lieu de *blanc*; *asson*, au lieu de *garçon*. Dans les exemples de Schultze[2] *grossmama* (grand'-maman) se prononçait *omama*, c'est-à-dire que, de cinq sons réunis dans la première syllabe, une voyelle seule était conservée. Cette structure élémentaire de la syllabe est une des particularités les plus caractéristiques de la langue des enfants.

Une particularité ultérieure du gazouillement enfantin est constituée par le manque de précision de chaque son en particulier. Les voyelles sont souvent plus au moins mouillées, de sorte que *a* devient, par exemple, une sorte de son mixte entre *a* et *ia*, et *ou* occupe le milieu entre *ou* et *iou*. En outre, on retrouve fréquemment dans la langue des enfants des voyelles tronquées. Les consonnes également sont remarquables par l'absence de précision, de netteté. Mais, le plus caractéristique de tout, c'est l'amollissement qu'affectent toutes les consonnes en général, les consonnes linguales surtout. Ce symptome, très important sous le rapport théorique, constitue une des manifestations

[1] *Revue philosophique*, t. Ier, 1876, p. 11.
[2] *Loc. cit.*, p. 39.

les plus frappantes et les plus saillantes (*tiabouié*, *tiasse*, au lieu de tabouret, tache).

Un trait bien caractéristique du langage des enfants, consiste dans la substitution des sons les uns aux autres : *tloix*, par exemple, au lieu de *croix*.

Les enfants, dans leur gazouillement, offrent entre eux de notables modifications. Ces modifications ne proviennent pas seulement de la différence des sons accessibles à l'enfant, à un moment donné, comme l'admettent les auteurs ; mais elles dépendent encore de beaucoup d'autres conditions. L'expérience démontre que l'enfant, tout familiarisé qu'il soit avec un certain son, ne l'emploie cependant pas toujours là où il le faudrait ; par exemple, il prononce nettement *bébé* et néanmoins, dit *pouale*, au lieu de *boire* ; *ambou*, au lieu de *tambour*, et dans le même temps, il dit *toi*, comme il le faut. Mais, ce par quoi le langage des enfants diffère surtout, c'est par le procédé qu'ils adoptent dans leur pratique linguistique.

Nous avons constaté deux principaux procédés qui déterminent deux types de langage. Quelques enfants s'arrêtent à l'étude minutieuse des sons d'un mot, et en retiennent, fort juste, un sur plusieurs. Ces sons peu nombreux, mais effectifs, leur servent à représenter tout entier un mot, quelquefois assez long, comme, par exemple, l'enfant de Taine qui disait *cola* au lieu de *chocolat*. Mais, quoique ces enfants-là prononcent facilement des sons à part, le procédé de combiner ces sons en syllabes leur offre encore beaucoup d'embarras.

D'autres enfants, au contraire, saisissent surtout la structure syllabique du mot, sans se préoccuper d'en étudier les sons constitutifs. Les mots que prononcent

ces enfants-là répondent d'ordinaire, fort exactement, au nombre de syllabes des mots employés par les grandes personnes, tout en s'en écartant extrêmement par la qualité des sons; par exemple, l'enfant dit *titille* au lieu de *petite fille*. Quelquefois le mot, tel que l'emploie l'enfant, ne contient plus un seul de ses vrais sons: *Eweban*, par exemple au lieu de *éléphant*, et pourtant dans l'ensemble, tant par le nombre des syllabes que par l'accent et l'inflexion de voix qu'emploie l'enfant dans la prononciation de certaines parties du mot, vous sentez quelque chose qui rappelle de bien près le mot véritable, son squelette indubitablement.

Ainsi donc, les enfants commencent de très bonne heure à spécialiser: les uns étudient principalement les sons, les autres la structure syllabique du mot. Les enfants qui ont adopté le *procédé des sons* (procédé phonétique), s'enrichissent graduellement de nouveaux sons qu'ils s'appliquent à étudier; aux sons hors de leur portée, ils en substituent d'autres déjà acquis, et cette substitution, du moins en ce qui concerne une certaine période, offre des traits constants qu'il est facile de découvrir, lorsqu'on est tant soit peu familiarisé avec le langage des enfants. Une petite fille des Enfants-Trouvés employait le *t* à la place du *ch* (dans chat, par exemple), un autre remplaçait le *ch* par un *s*. Lorsque l'enfant adopte dans l'étude du langage le *procédé syllabique*, les sons se substituent indifféremment les uns aux autres; son attention est visiblement concentrée sur le maintien de la dimension du mot et des contours généraux de l'association syllabique; la question des sons qui remplacent la syllabe est reléguée au second plan. C'est chez ces enfants-là que

l'on trouve, le plus souvent, la répétition, ou plus exactement, la conglomération de syllabes identiques ; c'est là, sans contredit, la voie la plus élémentaire pour arriver à compléter par des sons le squelette déjà déterminé d'un mot. Ma fille disait *ninanade* au lieu de *limonade*.

L'étude de la parole avec le *procédé syllabique*, est assez ardue ; toutefois les enfants se mettent hardiment à parler à l'aide de la provision de sons la plus limitée. Les enfants, qui adoptent le procédé phonétique dans leur langage, sont beaucoup plus embarrassés ; souvent ils omettent des syllabes entières, ou n'en conservent que les voyelles ; aussi leur voyons-nous beaucoup plus fréquemment des syllabes *monogammes* (d'un son unique), tandis qu'au contraire, avec le procédé syllabique, les voyelles ne restent presque jamais isolées et les syllabes se complètent toujours par des consonnes, alors même que ces dernières ne correspondent en rien aux véritables sons que demande le mot.

Les deux catégories du langage des enfants ont entre elles, sous le rapport extérieur, une différence bien tranchée. La parole des enfants au *procédé syllabique* semble courante et facile, tandis que la parole du second type paraît embrouillée, confuse. Or, en réalité, aucun des deux langages ne l'emporte sur l'autre. Les mots entiers des uns ne sont en rien au-dessus des mots tronqués des autres, car ces mots complets sont formés par la répétition de sons analogues ou identiques.

On peut dire, en somme, que la *phonétique* offre d'égales difficultés aux enfants des deux catégories.

L'étude a nécessité de la part des enfants une durée de temps à peu de chose près la même, de sorte que la plus grande assurance et la facilité relative, due au *procédé syllabique*, ne donnent en définitive aucun avantage particulier à l'enfant. Ainsi donc, il n'y a entre les enfants des deux catégories qu'une seule différence essentielle qui consiste en ce que *les uns construisent facilement des syllabes avec des sons, tandis que cela est difficile aux autres ;* mais les matériaux dont sont construites les syllabes offrent, dans l'un et l'autre cas, des qualités à peu près équivalentes et un degré égal de perfection et de fini.

Tel est, en gros, l'exposé des principaux faits caractérisant le développement du langage des enfants. Nous allons tâcher maintenant de les expliquer.

Le langage de l'homme est, comme on sait, le résultat du jeu simultané de trois mécanismes distincts, à savoir : *a) le mécanisme respiratoire*, *b) le mécanisme vocal*, *c) le mécanisme articulateur*. Le fonctionnement coordonné, simultané, de ces organes ne se manifeste pas d'emblée dès la naissance de l'enfant, mais il n'apparaît que graduellement. L'appareil vocal est le premier qui entre en jeu ; dès l'instant de la naissance, la voix se manifeste avec les propriétés d'une fonction parfaitement développée et devient dès lors une des manifestations émotionnelles les plus importantes de l'enfant.

Quant au fonctionnement coordonné des deux autres mécanismes respiratoire et articulateur, il ne se développe que beaucoup plus tard. Il offre des rapports extrêmement complexes. Et, de fait, si la syllabe n'est qu'une masse de sons émis dans une seule im-

pulsion expiratoire[1], il est facile de comprendre que la tâche de l'expiration deviendra d'autant plus difficile que la syllabe contiendra plus de sons et que ces sons seront plus différents entre eux d'après le mécanisme de leur prononciation. Or les sons, on le sait déjà, diffèrent les uns des autres, entre autre, par la force de tension expiratoire indispensable à leur articulation, et même, par exemple, des sons aussi voisins que *p* et *b* ne sont pas semblables sous ce rapport, (*p* exige une plus grande tension expiratoire que *b*[2]); de sorte que chaque syllabe possède en propre son étendue expiratoire et chaque mot son canevas expiratoire particulier, dans lequel doivent s'insérer les sons articulés. Nous considérons cette *expiration fractionnée et graduée* comme un mécanisme indépendant et nous l'appelons, par abréviation, *expiration articulatoire*, à l'exemple de Claude Bernard qui distingue l'*expiration respiratoire et l'expiration vocale* comme étant différentes[3]. Dans l'expiration articulatoire formant le squelette d'un certain mot et dans l'articulation des sons de ce mot nous avons deux séries de manifestations parallèles, qui sont l'une pour l'autre ce que serait un bas-relief pour le moule dans lequel il a été coulé, c'est-à-dire que, rapportés, ils doivent s'emboîter strictement. Ce travail merveilleux exige une coordination extrêmement subtile des mouvements expiratoires et articulatoires inaccessibles au bébé qui n'en est encore qu'au début de l'étude du langage.

[1] Sievers. — *Grundzüge der Phonetik*. 2. Auflag. Leipzig, 1881, p. 156.
[2] Sievers. — *Idem*, p. 56.
[3] *Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux*. Paris, 1858, t. II, onzième leçon, p. 330-331.

Voilà la cause principale de l'impossibilité de combiner les sons que nous rencontrons à chaque pas, même chez les enfants qui sont déjà bien connus, dans la prononciation de plusieurs mots enfantins. Aussi constatons-nous dans la langue des enfants une tendance constance à simplifier une tâche au-dessus de leurs forces. L'enfant obtient la simplification, comme nous l'avons déjà vu, en omettant plusieurs sons de chaque syllabe, ne conservant que les voyelles, soit seules, soit jointes à une consonne. Il obtient une simplification ultérieure, en modifiant les mots de façon que les sons de deux syllabes voisines diffèrent le moins possible, par exemple, *ninanade* au lieu de *limonade*. Il est aisé à comprendre qu'avec cela les impulsions expiratoires de deux syllabes voisines sont les plus semblables, et que par conséquent la tâche de l'*expiration articulatoire* devient plus simple. La simple répétition de consonnes analogues nous offre le dernier degré de ce mode de simplification. Ce principe devient parfaitement évident lorsque l'on compare entre eux une grande quantité de mots d'enfants.

Si maintenant nous mettons en regard les deux types de développement du langage (syllabique et phonétique), nous verrons que leur différence consiste en ce que, *dans un cas c'est la pratique de l'enfant dans l'expiration articulatoire qui occupe le premier plan, tandis que dans le second c'est l'exercice de la prononciation des sons, c'est-à-dire du travail de l'articulation, dans le sens rigoureux du mot.* Ce fait est la meilleure preuve de l'indépendance de chacun des mécanismes du langage à part. — Passons à présent à l'analyse du procédé avec lequel les enfants étudient des sons à part.

En suivant objectivement le caractère des sons de l'enfant on acquerra la certitude que la plupart des sons de l'enfant s'élaborent par voie de métamorphose constante et de transformation des mouvements articulatoires élémentaires les plus simples. Cette proposition importante a déjà été établie par Taine[1]. Le développement successif et la complication des mouvements articulatoires constituent l'essence de la modification des sons correspondants. Il est vrai qu'on remarque assez souvent comme qui dirait l'apparition spontanée de sons inaperçus jusque-là, par exemple un enfant qui ne pouvait pas prononcer le *k*, qui, hier encore, disait *thoix* au lieu de *croix*, prononce aujourd'hui correctement ce même mot. Mais l'observation résout facilement cette apparente contradiction. L'enfant, dont la mémoire en avait contracté l'habitude, prononçait bien, dans un mot donné, le son *t* net et pur au lieu de *k*, mais, par contre, l'observation découvre dans une quantité d'autres mots des sons transitoires entre le *t* et le *k*, des sons plus voisins soit du *t*, soit de l'*h*. Si l'on prolonge la même observation pendant un certain laps de temps, l'existence de sons transitoires deviendra parfaitement évidente. A force de pratique, l'enfant apprend enfin à prononcer le son *k*, et alors il applique soudainement ce résultat d'efforts soutenus au mot dans la prononciation duquel il avait longtemps maintenu, par purisme, l'ancienne rédaction d'une époque éloignée. C'est non seulement par l'analyse phonétique, mais encore, et ce qui est bien plus probant, par l'observation du mécanisme lui-même de la

[1] *Revue philosophique*, t. Ier, 1876, p. 5 et 6.

prononciation que nous nous sommes convaincu de cette marche des processus. Les enfants qui substituent, comme on l'a pu constater par les exemples rapportés, le son *t* au son *k* ont bien réellement employé à l'origine le *t* indifféremment dans tous les cas où se rencontrait soit le son *t*, soit le son *k* ; mais, par la suite, conservant le *t* dans les cas où il devait réellement figurer, ils ont placé, dans les mots commençant par *k*, la langue non pas au bord des dents, mais beaucoup plus loin, de sorte que leur *t* devenait de *t dental*, *t palatal*.

L'évolution des sons dont nous avons cité un exemple, se remarque dans presque tous les sons de la langue des enfants. Nous avons fréquemment rencontré chez des petits bébés des sons tel que *t*, sous une forme si peu différenciée que nous avions de la peine à décider s'il fallait rapporter le son en question à un *t* mouillé ou à un *s*, quelquefois même il rappelait le *th* sifflant des Anglais. De même, les sons *v* et *f* ont parfois un timbre nasal, ce qui les rapproche, jusqu'à un certain point de *m*. En général, les sons primitifs de l'enfant ont des qualités diverses : les uns portent un caractère spécifique de l'alphabet plus ou moins nettement exprimé ; les autres, beaucoup moins réussis, ont un caractère équivoque. Dans le cours de toute la période de l'apprentissage du langage, on rencontre à la fois beaucoup de formes transitoires, dont l'enfant use sans choix, manifestant ainsi une grande inconstance, de sorte que la différence même des sons entre eux est encore confuse pour l'enfant. Plus tard et peu à peu, à force de pratique, l'enfant finit par faire élection de quelques sons auxquels il se fixe. Ces types de sons déterminés sont admis par tous les au-

teurs, ce sont les consonnes *m*, *b*, *p*, *f*, *t*, *s*, *n*, *g*; à ces sons nous ajouterons encore le *k* qui, chez les enfants russes du moins, se manifeste assez tôt; nous les appelerons, pour abréger, sons *de la période antérieure*; toutes les voyelles s'y rattachent. Ce sont là presque exclusivement les sons qui forment les mots des enfants dans la première moitié de la seconde année. Mais, à l'époque où ces sons sont déjà devenus fixes, les autres sont encore absolument inaccessibles à l'enfant, tels sont *ch*, *j*, *r* par exemple et, en partie, *ts* et *l*. Pourquoi ces sons demeurent-ils hors de portée? Schultze répond à cela que les sons dont la prononciation entraîne une plus grande dépense de force musculaire sont difficiles à l'enfant, et ne peuvent être prononcés avant une certaine époque. Mais cette explication est invraisemblable au point de vue de la physiologie des sons, sans parler d'une quantité de faits dénotant que la principale difficulté du travail articulaire réside dans la complexité de la coordination des différents mouvements et non dans leur intensité absolue. Il faut rapporter au nombre des sons de la période antérieure les consonnes labiales *m*, *p*, *v*, *f*, les dentales *d*, *t*, *n*, *s* et la gutturale *g* (dans *goût* par exemple). Aux sons *ultérieurs* se rapportent les palatales *j*, *ch*, *z*, *r*, *l*. Pourquoi le développement s'accomplit-il en deux périodes? On peut répondre à cette question par les considérations suivantes. Les consonnes linguales (*t*, *n*,[1] et aussi *s*) résultent de l'application de la pointe de la langue contre le bord des dents et vers la partie antérieure de la cavité buccale

[1] *N* russe qui ne correspond pas tout à fait à l'*n* français, et qui rappelle plus *ne* dans *cabane*, par exemple.

en général, et les consonnes *g*, *k*, de la position de la base de langue à la partie postérieure. Les différentes positions palatales de la pointe de la langue, pendant l'articulation des sons *ch* et *j*, n'ont pas la même précision locale ; il en résulte que, grâce au peu de sensibilité du voile au palais, le moment de la sensation musculaire peut surtout servir à établir les différentes positions palatales de la langue, tandis que les positions dentales et glottiques peuvent être déterminées d'après les sensations musculaires et tactiles. Ceci constitue, assurément, une différence psychophysique notable. Cette manière d'envisager la chose permet d'expliquer, à ce qu'il nous semble, le fait absolument général de l'apparition tardive dans la langue des enfants des consonnes palatales. L'apparition hâtive de la voyelle *i*, qui porte, jusqu'à un certain point un caractère palatal, n'infirme en rien notre explication, car l'émission des voyelles n'exige pas une localisation des mouvements bien stricte et s'effectue dans certaines limites assez étendues. Les consonnes labiales, à l'exception du *v*, apparaissent très tôt. Leur présence hâtive peut s'expliquer par la précision du point d'articulation et le développement de la sensibilité tactile des lèvres provenant de l'exercice des mouvements de succion. Schultze a déjà signalé l'importance pédagogique du mécanisme de succion pour le langage futur.

L'individualité dans la marche du développement du langage se manifeste assez fortement dans l'élection de certains sons sur lesquels l'enfant arrête particulièrement son attention et qui constituent, pour ainsi dire, la première étape dans le processus de l'acqui-

sition du langage conscient. Ainsi, pour ce qui concerne les consonnes linguales, il y a des enfants qui s'arrêtent particulièrement sur le *t*, d'autres sur l'*s* et quelques-uns enfin sur l'*n*[1], et ils substituent de préférence ces sons-là aux autres consonnes linguales. Plus loin, la différence se révèle encore dans la proportion des consonnes sonores et chuchotantes; les uns usent plus volontiers des premières, les autres des secondes, indifféremment quant au besoin réel (*pouale* au lieu de boire, *zalade* au lieu de salade).

Le développement des sons de la *période ultérieure* naît des formes de sons fondamentales de la *période antérieure*. Les voies physiologiques qu'affecte un travail pour atteindre un certain but sont fort diverses, de sorte qu'un seul et même son, qu'une seule et même forme d'articulation définitivement individualisée peut être le résultat de métamorphoses non semblables. Par exemple, le son *j*, provient chez quelques enfants de l'*s*, en traversant une longue suite de formes transitoires entre *s* et *j*; chez d'autres, il dérive du son voyelle *i*, en subissant un accroissement successif de la nuance chantante, c'est-à-dire par voie de rétrécissement graduel du canal palato-lingual jusqu'au point produisant enfin un son sifflant au lieu de la voyelle *i*. De même que dans la période antérieure, vient à son tour le différenciement des consonnes de la période ultérieure; elles offrent la même variabilité et la même inconstance que les sons de la période antérieure, et l'enfant les emploie sans choix, substituant avec la plus grande inconstance les sons les uns aux

[1] *N* russe *dental*.

autres. Mais ces différentes substitutions de sons indiquent les différentes directions que prend le développement de la phonétique enfantine. Ce n'est que par la suite que ces tendances se dégageront définitivement.

Nous terminerons ici toute interprétation de faits isolés, pour tenter d'esquisser, dans ses traits les plus généraux, le plan du développement du langage, depuis les premiers et les plus simples mouvements du jeune être encore privé de la parole, jusqu'au développement des mouvements d'une complexité merveilleuse, qui constituent la parole de l'homme.

Déjà, dans les premiers cris de l'enfant, sont contenus *in ovo* toutes les variétés des mouvements articulatoires futurs qui sont répartis en deux grands groupes physiologiques : 1° mouvements dans la région de l'orifice *labio-mandibulaire*, dont le premier représentant est la nuance de la voyelle *a* dans la voix du bébé ; 2° mouvements de la langue, dont la nuance *é* nous offre le premier indice. Comme on le sait, pendant la prononciation du son *a* la langue demeure passive dans la cavité buccale, mais pendant le son *é* elle participe activement à l'articulation. De sorte qu'on peut dire que, dans le premier cri de l'enfant, — manifestation première de sa sensibilité générale, — sont contenus en germe les mouvements de toutes les parties du mécanisme articulatoire de la langue, des lèvres, etc. De ce germe se développent peu à peu deux catégories des mouvements d'articulation: l'une labiale, l'autre

[1] L'amollissement général de toutes les consonnes des enfants, dont il a déjà été question plus haut, est le résultat d'une coopération superflue de la langue dans les mouvements articulatoires.

linguale dont l'acquisition est presque simultanée et qui, au fur et à mesure de leur développement graduel, entrent dans les combinaisons les plus variées avec les mouvements expiratoires et vocaux, ce qui est nécessaire pour former les différents sons du langage. Les premiers pas dans la voie de l'acquisition de ces mouvements complexes, sont caractérisés par une grande imperfection. En réalité, dans beaucoup de sons émis par l'enfant, le mécanisme vocal participe là où la qualité du son devrait l'exclure, donnant, comme il le fait, au lieu de sons chuchotants des sons sonores (au lieu de couteau, — *gouteau*) ; de même on discerne continuellement dans la langue des enfants des mouvements articulatoires plus ou moins précis de la langue, justement dans les cas où se prononcent des labiales, pendant lesquelles la langue devrait rester inactive et à l'inverse, on sent plus ou moins l'action des lèvres là où ne devrait succéder que des linguales pures. Il n'y a pas encore différenciement arrêté des mécanismes et l'impulsion volitionnelle dépasse, jusqu'à un certain point, le but, en embrassant, à un degré plus ou moindre, toutes les parties des différents mécanismes de la parole. Mais c'est peu à peu et pas à pas que s'établit l'isolement individuel de chacun des mécanismes, et alors les impulsions volitionnelles suivent une route strictement délimitée, d'où s'en suit un différenciement plus net des mouvements articulatoires et des sons qu'ils impliquent.

Les mots de l'enfant gardent l'empreinte étonnante de toute la route qu'il parcourt dans l'étude de la phonétique du langage. L'acquisition par l'enfant du langage oral s'effectue pas à pas ; chaque jour son réper-

toire s'enrichit d'expressions nouvelles, constituées d'après les exigences phonétiques d'une période donnée, tandis que, parallèlement, subsistent encore des mots de formation ancienne, ayant acquis droit de cité d'un emploi journalier ; ces mots-là, sous forme de tradition vivante, passent chaque jour d'une phase de développement à l'autre. De sorte qu'en regard de mots d'une construction assez parfaite, on rencontre, à chaque instant, dans la langue si vive des enfants, une foule de produits d'une phonétique primitive et imparfaite. Ce caractère du développement de la parole est la source de la diversité et de la variabilité du langage des enfants, du mélange bigarré des formes acquises établies avec les formes arbitraires, et des exceptions incompréhensibles au premier abord. Mais, dès qu'on en considère l'ordre historique, le langage des enfants devient à l'instant plein de sens et rigoureusement conséquent.

---

# CLINIQUE MENTALE

## DES HALLUCINATIONS BILATÉRALES DE CARACTÈRE DIFFÉRENT SUIVANT LE COTÉ AFFECTÉ ;

Par le Dr MAGNAN, médecin de l'asile Sainte-Anne.

Les hallucinations, qui ont déjà été l'objet de tant de travaux, conservent le privilège d'attirer l'attention et de susciter constamment de nouvelles recherches.

C'est qu'en effet, ce syndrome, qu'on l'envisage au point de vue de la clinique, de la physiologie pathologique, de l'histoire, de la médecine légale, ne cesse pas de présenter d'intéressants aperçus.

Les hallucinations affectent habituellement les deux moitiés symétriques du même sens ; c'est-à-dire que l'halluciné, comme l'homme normal, entend des deux oreilles, voit des deux yeux, perçoit, en un mot, par les deux côtés, les images subjectives qu'il extériorise.

Dans quelques circonstances, ainsi que Calmeil[1], Moreau[2], Michéa[3] et bien d'autres l'ont signalé, l'hallucination est unilatérale et frappe l'une des deux parties similaires de l'appareil sensoriel. C'est par un œil, par une oreille, par un côté du corps que le patient se trouve influencé.

Enfin, dans quelques cas plus rares, l'hallucination est bien bilatérale, mais elle se montre avec des caractères qui varient suivant le côté; l'oreille droite, par exemple, entend des choses agréables, tandis que l'oreille gauche ne perçoit que des injures. C'est là un phénomène curieux qui n'a pas encore été étudié, qui mérite de nous arrêter et que l'on rapprochera, avec fruit, des expériences de physiologie pathologique auxquelles se prête l'hystérie.

L'examen des quelques faits que nous allons rapporter donnera une idée nette de cette dualité symptomatique et apportera une preuve de plus à la théorie

[1] Calmeil. — *Dictionnaire en trente volumes* : Hallucinations, t. XIV, p. 517.

[2] Moreau (de Tours). — *La psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire*, 1859, p. 331.

[3] Michéa. — *Du délire des sensations*, p. 106.

du dédoublement et de l'indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux. Nous verrons aussi que l'hallucination, en tant que manifestation des délires chroniques, suit une marche parallèle aux conceptions délirantes, et comme celles-ci, après avoir présenté à l'origine un caractère pénible, elle affecte plus tard un caractère ambitieux, qui se met en harmonie avec les idées expansives du délire.

L'observation suivante est des plus caractéristiques à ce double point de vue; elle nous fournira aussi un exemple remarquable de la coexistence d'un délire épileptique et d'un délire vésanique chez le même sujet[1].

Il s'agit d'un forgeron, âgé de trente-quatre ans, qui puise dans l'hérédité sa double prédisposition morbide. La grand'mère maternelle et la mère sont épileptiques de même qu'un de ses frères. Le père alcoolique, violent et brutal, est mort infirme à Bicêtre; un cousin germain maternel est atteint de délire chronique; d'abord persécuté, il en est arrivé aujourd'hui à la période ambitieuse.

Dès l'âge de quatorze ans, la grande névrose s'affirme chez le malade G.., de la manière la plus manifeste : il pêchait sur le bord de la Seine, lorsque, sous le coup d'un vertige, il tombe à l'eau; on le retire promptement, on l'étend sur la berge et, au bout de quelques instants, revenant à lui, il témoigne sa surprise de voir ses vêtements mouillés.

Plus tard l'attaque s'accompagne de violentes convulsions et G... se voit réformé du service militaire

[1] Magnan. — *Leçons sur l'épilepsie*, 1882, p. 31 et 74.

pour cause d'épilepsie. Un phénomène singulier précède l'attaque, c'est une saveur âcre, un *goût de sang*; cette aura se montrait également chez la grand'mère et chez le frère, désignant ainsi la partie faible, la région cérébrale sur laquelle frappe d'abord la décharge épileptique. Après l'attaque, G... reste habituellement hébété, il se brosse, frotte les mains, secoue les habits, répète machinalement les mêmes gestes; mais, parfois, il entre en scène d'une façon plus active. Un jour, par exemple, il déplie le volet d'une boutique, l'agite et le casse, sans garder le moindre souvenir de cet acte. Une autre fois, il saisit à la gorge une femme qu'il ne connaît pas, la serre avec force, et l'eût étranglée, sans l'arrivée du mari qui le repousse, et lui assène deux coups de balai sur la tête. Conduit au poste, il reste silencieux, hébété, puis étonné, il regarde autour de lui et s'informe des motifs de son arrestation, tout ce qui s'est passé étant non avenu pour lui.

Il est bon de noter que, sous l'influence des bromures, les attaques sont actuellement plus rares. L'épilepsie ne saurait être mieux caractérisée : hérédité directe, aura, vertiges, attaques, délire inconscient, action favorable de la médication bromurée.

Le délire chronique est tout aussi bien dessiné chez ce malade, Dès l'enfance, G... est triste, vit à l'écart, ne rit jamais, « J'étais, dit-il, le souffre-douleur de la maison. » A l'âge viril, ses tendances mélancoliques s'accusent davantage; l'épilepsie mettant obstacle à son mariage, il devient irritable, impressionnable, se croit en butte à des injustices et traduit sa résignation inquiète par les mots : « Je n'ai jamais eu de chance» .

A vingt-six ans, le délire s'accuse; les camarades l'injurient, le menacent et il commence à entendre par l'oreille droite des propos grossiers: « Tête de cochon, hure de cochon, bon à tuer, fainéant... »; c'est de ce côté aussi que le diable lui parle plus tard et que se trouve le mauvais génie. Au milieu des idées tristes, se font jour peu à peu des préoccupations d'un autre ordre. Il doit faire, dit-il, un héritage de plus d'un million qui s'accumule depuis sept générations. La nuit, il contemple le firmament, il interroge les astres, les étoiles, la lune. Pour se rapprocher de la voûte céleste, il se loge sous les toits, dans les maisons les plus élevées, il fait des découvertes, il cherche le point du centre du soleil et voit à travers, à l'aide d'un instrument de sa composition. De plus en plus orgueilleux, plein de son propre mérite, il en arrive à se demander s'il n'est pas le fils de Dieu. Il émet divers apophthegmes sous forme sentencieuse: le plus petit est le plus grand; le plus bas le plus haut; la pauvreté est la richesse, etc., etc. A ce moment les injures perçues par l'oreille droite diminuent, et il commence à entendre des encouragements, des éloges; mais c'est par l'oreille gauche : « Ne te fais pas de mauvais sang, tu seras heureux. » On lui dit souvent des choses qui le font rire. Dieu lui-même lui conseille de persister dans le bien... C'est à gauche que se tient le bon génie. Parfois, il entend un bruit de *sonnerie*; quand la *sonnerie* se produit à droite, il lui arrive quelque chose de fâcheux, quand elle est à gauche, c'est l'indice d'une bonne nouvelle.

Le bon et le mauvais génies forment ainsi une sorte de *Manichéisme* qui le gouverne. Depuis deux ans, les

hallucinations gaies, ambitieuses prédominent, et c'est toujours par l'oreille gauche qu'il entend, l'oreille droite ne lui transmettant que des choses désagréables, d'ailleurs de plus en plus rares.

De même que pour l'épilepsie, rien ne manque au délire chronique : influence héréditaire, périodes d'inquiétude, de persécution, phase ambitieuse, tendance à la systématisation.

Si l'épilepsie s'est améliorée sous l'influence du traitement, le délire chronique paraît devoir suivre sa marche progressive pour aboutir après sa phase ambitieuse à la période de dissolution des idées, à la démence.

Au point de vue spécial où nous nous plaçons, le cas est des plus démonstratifs. Les hallucinations pénibles se cantonnent, dès le début, à droite ; très fréquentes d'abord, elles marchent d'un pas égal avec le délire. Celui-ci se transforme peu à peu, change de couleur, il s'éclaircit et, simultanément, les hallucinations agréables se produisent, mais c'est à gauche qu'elles se fixent; elles deviennent de plus en plus fréquentes, tandis que les hallucinations pénibles résidant à droite s'atténuent insensiblement.

D'autre part, un même trouble fonctionnel, une *sonnerie*, se produit dans l'une et l'autre oreille ; le malade lui donne une interprétation différente, suivant qu'elle siège à droite ou à gauche. Comme les hallucinations, elle est de bon augure à gauche, de mauvais présage à droite. C'est bien là un phénomène singulier, l'hémisphère gauche répondant au côté droit, voué à la tristesse et marquant la première période de la maladie ; l'hémisphère droit répondant au côté gauche dis-

posé à la joie et faisant presque entièrement les frais de la seconde période. Je rappellerai, à propos de l'interprétation différente donnée à la *sonnerie* suivant le côté affecté, une observation d'hallucination bilatérale du toucher, rapportée par le fameux publiciste Jean Bodin, d'Angers, dans son ouvrage sur la *démonomanie*[1].

Il s'agit d'un personnage qui, après avoir pendant un an prié Dieu de lui envoyer un bon ange pour le guider dans toutes ses actions, avait fini par entendre la voix de Dieu qui lui disait : « Je sauverai ton âme. » Depuis cette époque, un esprit familier l'accompagnait, « lui donnant un signe sensible, comme le touchant à l'*oreille dextre*, s'il faisait quelque chose qui ne fut bonne, et à l'*oreille senestre*, s'il faisait bien ; et s'il venait quelqu'un pour le tromper ou le surprendre, il sentait soudain le signal à l'oreille dextre ; si c'était quelque homme de bien et qui vint pour son bien, il sentait aussi le signal à l'*oreille senestre* ». C'est ici une hallucination du toucher, de même nature à droite et à gauche ; ce qui varie c'est l'interprétation du malade donnée au signal favorable à gauche, défavorable à droite.

Dans les trois observations suivantes les hallucinations ont un caractère pénible à gauche, et agréable à droite.

Un homme de quarante-huit ans, ancien soldat du génie, adonné depuis longtemps aux boissons alcooliques, a présenté, à la suite d'abus plus fréquents, plusieurs accès de délire toxique, s'accompagnant

[1] Bodin. Angevin. — *La démonomanie des sorciers*, CIↃ, IↃ, XCVIII, p. 72 (livre Ier, chap. II, de l'*Association des esprits avec les hommes.*)

d'hallucinations pénibles, multiples, mobiles : on l'injuriait, il sentait de mauvaises odeurs, il voyait des chats, des rats, des oiseaux, un singe qui lui sautait sur la poitrine et l'étouffait, il éprouvait des démangeaisons et des picotements sur tout le corps.

Au bout de quelques jours, le délire perd de son activité, le malade se calme, mais il conserve longtemps des idées de persécution.

Il a déjà été traité une fois à l'asile de Dijon et deux fois à Sainte-Anne. A sa dernière entrée, le 2 novembre 1882, il raconte qu'il entend des voix, deux individus dont l'un l'injurie et l'autre le console. L'insulteur lui parle à gauche, le traite d'imbécile, d'animal, critique son travail ; le protecteur intervient par l'oreille droite, l'encourage et le console. Parfois, ils ne sont pas seuls et d'autres voix s'ajoutent aux premières. Ils parlent tantôt simultanément, tantôt les uns après les autres, mais chaque groupe conserve son côté, sans se départir de son langage particulier.

Un autre malade, âgé de trente-quatre ans, serrurier, dont le père était alcoolique, avait trois sœurs atteintes d'hystérie, et un frère traité à Bicêtre pour de l'alcoolisme. Lui-même, après de nombreux abus de boissons a été pris deux fois de délire alcoolique et conservait, après les accès, des préoccupations hypocondriaques et des craintes d'empoisonnement.

A sa seconde entrée à Sainte-Anne, le 16 février 1881, pendant plus de dix jours, il entendait par l'oreille droite des propos convenables, des paroles édifiantes sur Dieu, la sainte Vierge ; par l'oreille gauche, au contraire, arrivaient des discours orduriers et l'on parlait des obscénités du diable.

Ce malade adonné à l'absinthe a présenté, en outre, comme certains vertigineux épileptiques, une phase délirante inconsciente.

Le dernier malade est encore un héréditaire abusant des boissons alcooliques, âgé de trente-cinq ans; il est né d'un père ivrogne qui a voulu se suicider, et d'une mère hystérique qui, à la suite d'une contrariété, eut un jour une attaque convulsive suivie de délire avec paroles extravagantes et grossières. Il a toujours eu une tendance à la tristesse, et son chagrin est augmenté par la crainte d'être un enfant naturel; il ne sait comment cela finira, dit-il, car son esprit est depuis plusieurs années hanté par des idées de suicide.

Il a commencé de bonne heure à abuser des boissons spiritueuses, et parfois, quand surviennent des idées mélancoliques, il est poussé impulsivement à boire. C'est aussi après avoir bu, dans ces conditions maladives, qu'il est porté au suicide. Il fait, en peu d'années, de nombreuses tentatives: il se jette dans la Saône d'où il est repêché; il se pend, on coupe la corde; il tente de s'asphyxier, mais s'étant levé du lit, il tombe et le bruit de sa chute attire les voisins; il fait sans succès plusieurs tentatives d'empoisonnement. Dans les cinq dernières années, il a eu plusieurs accès de délire alcoolique, accès très courts d'une durée de deux à trois jours, débutant la nuit et s'accompagnant d'hallucinations caractéristiques: il voyait des rats, des journaux étalés, des affiches qui défilaient sur le mur, des figures grimaçantes qui grossissaient et diminuaient, des personnages costumés, sautant, dansant, riant, se moquant de lui. Pendant ces accès pas-

sagers d'alcoolisme, les hallucinations se produisaient avec les mêmes caractères des deux côtés.

En dehors de cette efflorescence délirante, et dans l'intervalle des crises, il conserve des idées de persécution, il se croit poursuivi dans la rue, il craint d'être assassiné. Parfois il entend, dit-il, une conversation dans une oreille et une conversation différente dans l'autre ; par l'oreille gauche, arrivent des injures, des menaces : « Tu n'es qu'un voleur, un propre à rien, « viens donc, misérable, que je te frappe... »

Par l'oreille droite, au contraire, ce sont des choses agréables : on fait son éloge, on l'encourage, il entend des paroles affectueuses : « Mon chéri, nous serons « heureux... »

L'oreille gauche qui reçoit les injures et dans laquelle les voix sont plus fortes est plus souvent mise en jeu que la droite.

Ces trois derniers malades, adonnés aux boissons spiritueuses, ont présenté à diverses reprises des bouffées de délire alcoolique avec des hallucinations très actives, occupant tous les sens apparaissant aussi bien à droite qu'à gauche. Ce délire très bruyant se superpose à l'état mental préexistant qu'il masque pour un temps. Puis avec la disparition de ces accidents passagers, nous voyons persister le délire primordial auquel cette secousse donne plus d'intensité[1].

Le mélancolique impulsif multiplie ses tentatives de suicide et tend à systématiser ses idées de persécution, le délirant chronique est plus vivement persécuté, et,

[1] Magnan. — *De l'Alcoolisme, des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement.* Paris, 1874, p. 68 et 255.

chez tous les trois, nous voyons commencer à paraître quelques idées ambitieuses.

Pourquoi, dans l'alcoolisme, cette généralisation du délire? C'est que la cause, le poison, distribué dans tout l'encéphale, agit sur tous les centres sensoriels et provoque, dès que la dose est suffisante, des hallucinations de tous les sens; mais, au début ou à la fin de l'accès de délire alcoolique, à mesure que les phénomènes s'atténuent, il peut y avoir des localisations spéciales qui ont pour siège l'*organe faible* plus vivement impressionné par l'agent toxique; de là des hallucinations limitées à un sens et parfois même à un seul côté.

Chez les quatre malades, l'oreille ne présentait aucune altération, l'acuité de l'œil était la même à droite et à gauche, ils entendaient le tic tac de la montre à des distances à peu près égales des deux côtés, il n'y avait rien localement.

Pourquoi sur quatre cas, trois fois les idées ambitieuses, celles qui marquent une étape plus avancée de la maladie étaient-elles prédominantes à droite? Est-ce que l'hémisphère gauche, en vertu de sa prééminence serait frappé le premier dans l'évolution du délire? En soulevant cette question, nous ne chercherons pas à la résoudre, puisque nous sommes là en présence de faits exceptionnels, et qu'en général, au contraire, les hallucinations dans le délire se montrent également des deux côtés avec leur caractère pénible d'abord et ambitieux plus tard.

Chez ces quatre malades le délire, remontant à une date déjà ancienne, commençait à révêtir les caractères de la chronicité, il affectait, en effet, avec une

systématisation plus grande, une forme expansive. Les hallucinations suivent en général, sous ce rapport, la marche du délire, et c'est ainsi que nous avons vu surtout chez le premier malade G.., les hallucinations pénibles s'installer les premières dans l'oreille droite, tandis que les hallucinations agréables siégeant à gauche ont été plus tardives.

Les premières d'abord très nombreuses ont diminué progressivement d'intensité, suivant en cela une marche inverse aux secondes qui d'abord, très rares, sont devenues prédominantes et se montrent parfois seules mais, toujours à gauche.

Les troubles sensoriels unilatéraux ou bilatéraux de caractère différent, qui sont relativement rares dans le délire chronique, se montrent plus fréquemment dans l'hystérie et peuvent, en tout cas, être facilement provoqués. (Voir Charcot, *Progrès médical*, 1878, p. 37).

Parmi les nombreuses expériences faites sur des hystériques hypnotisées dans le service de M. Charcot à la Salpêrière, expériences rapportées avec beaucoup de détails dans le bel ouvrage de M. Paul Richer [1], on agit successivement sur l'un et l'autre hémisphère qui simultanément répondent de façon différente aux incitations différentes, si bien que le sujet peut se trouver cataleptique d'un côté, léthargique de l'autre, ou bien somnambulique. Si, pendant que le patient sous le coup d'une hallucination provoquée se livre à une mimique active, on ferme l'un des yeux, le côté correspondant se trouve immobilisé ; le discours continue, l'hallucination se poursuit, si c'est la paupière gauche

[1] P. Richer. — *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie*, 1882.

qui a été abaissée, mais la parole est supprimée immédiatement, l'aphasie intervient si l'occlusion porte sur l'œil droit.

Une hystérique entrée plusieurs fois à Sainte-Anne m'a présenté un exemple très net de transfert d'une hémiplégie droite à gauche et de la cessation immédiate de l'aphasie, sous l'influence d'une vive émotion.

Cette malade âgée de quarante-six ans, était entrée une première fois le 4 août 1879, avec une aphasie accompagnée d'hémiplégie droite qui, restée stationnaire environ un mois, disparut très rapidement. A une seconde entrée, le 5 décembre 1880, la malade arrive non plus aphasique, mais avec une perte absolue de la mémoire ; elle ne pouvait indiquer ni son nom, ni son adresse, ni sa profession, ni son état civil : « Je ne me rappelle pas, disait-elle, si je suis mariée, si j'ai des parents ; mais si j'avais un mari ou des parents, ils viendraient me chercher. »

Elle était hémianesthésique et hémiparétique du côté droit. Au bout de trois mois d'amnésie persistante, la mémoire revint en quelques jours. Le 30 juillet 1882, elle est encore amenée, avec de l'aphasie et de l'hémiplégie droite. Elle sort au bout de trois mois améliorée mais non guérie, elle était encore aphasique et faible du côté droit. Le soir même de sa sortie, elle a une violente discussion avec ses parents et le lendemain au lever, elle se trouve paralysée du mouvement et du sentiment du côté gauche ; mais la parole est redevenue entièrement libre et il n'y a plus traces d'aphasie.

Tous ces faits se prètent un mutuel appui pour prouver l'indépendance des hémisphères cérébraux,

mais la démonstration est surtout éclatante lorsqu'on provoque des hallucinations différentes de chaque côté comme M. Dumontpallier l'a fait sur une de ses malades de la Pitié, dans une de mes leçons à l'asile Sainte-Anne. Après avoir placé la malade dans l'état de somnambulisme, il lui dit à l'oreille droite qu'il fait beau et que le soleil brille pendant qu'une autre perpersonne lui dit à l'oreille gauche qu'il pleut. Du côté droit le sujet sourit, tandis qu'à gauche, l'abaissement de la commissure labiale traduit le désagrément que cause le mauvais temps. Puis continuant l'expérience, et faisant intervenir la vue et l'ouïe on décrit à l'oreille droite le tableau d'une fête champêtre à laquelle prennent part des jeunes filles et des jeunes gens. Ce tableau qui est perçu par l'hémisphère cérébral gauche, se traduit par le sourire sur la moitié droite du visage, tandis qu'à gauche, le visage exprime l'émotion qu'à causée l'imitation de l'aboiement d'un chien à l'oreille gauche. Cette double expression du visage si opposée est des plus saisissante. « Il me semble, ajoute M. Dumontpallier, que, quand on peut à volonté mettre en évidence, par certains procédés, l'activité psychique, sensitive et motrice des centres nerveux et cela isolément d'un seul côté, ou simultanément des deux côtés du corps, on a démontré de la façon la plus absolue et la plus indiscutable l'indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral. » (*Union médicale*, 15 et 19 mai 1883).

Dans les hallucinations bilatérales de caractère différent, chaque groupe est sous la dépendance évidente de l'un des hémisphères; mais dans quelle région de l'hémisphère doit-on les localiser?

Lorsque M. Baillarger[1] publia son remarquable mémoire, il combattit avec succès la théorie exclusivement périphérique qui place dans l'organe lui-même le siége de l'hallucination; il repoussa également la théorie psychique ou centrale qui fait de ce syndrome un phénomène purement intellectuel, et il mit en avant la théorie mixte ou psycho-sensorielle qui paraissait répondre à toutes les exigences.

Cette théorie acceptée par la plupart des auteurs, qui semblait ne plus devoir donner prise à la discussion se trouve de nouveau mise en question depuis les recherches sur les localisations cérébrales de Fritsch, d'Hitzig[2] de Ferrier[3], de Munck[4], et depuis que la clinique étayée par l'anatomie pathologique est venue prouver qu'une lésion d'un centre cortical déterminé, donne lieu suivant son intensité à la perturbation ou à l'abolition d'une fonction déterminée.

Tamburini s'appuyant principalement sur l'anatomie et sur la physiologie expirimentale démontre avec un rare talent de critique l'insuffisance de la théorie psycho-sensorielle; il donne pour siège aux hallucinations, les centres corticaux où sont perçues les impressions et arrive à cette conclusion que les hallucinations ont *comme cause fondamentale*

[1] Baillarger. — *Des Hallucinations; des causes qui les produisent et des maladies qu'elles caractérisent*, 1845.

[2] Fritsch et Hitzig. — *Reichert's und Du Bois Reymond's Arch.*, 1870, heft. III. – Hitzig, *Reichert's und Du Bois Reymond's Arch.*, 1873-1874.

[3] Ferrier. — *Des fonctions du cerveau*, Paris, 1878; *De la localisation des maladies cérébrales*, Paris, 1880; ouvrages traduits par H. de Varigny.

[4] Munck. — *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1877; *Verhandlung der physiol. Gesellsch. zu Berlin*, 1877-78-79.

*un état d'excitation des centres sensoriels de l'écorce*[1].

Aux nombreux arguments fournis par la physiologie expérimentale en faveur de cette théorie, la clinique vient tous les jours ajouter de nouvelles preuves. Jusqu'ici, en effet, toutes les fois que dans les cas de cécité ou de surdité psychiques, le résultat anatomo-pathologique a pu être fourni; chaque fois, dis-je, les régions que la physiologie expérimentale avait désignées comme centres sensoriels corticaux, ont été trouvées altérées; dans quelques cas il est vrai, la lésion était plus étendue et dépassait les limites assignées à ces centres, mais néanmoins en comparant ces faits, en superposant les divers schémas fournis par les auteurs, on trouve toujours une région commune qui correspond justement au centre sensoriel cortical. On peut s'en assurer en comparant pour la cécité psychique les cas de Déjerine[2], de Broadbent[3] et le mien[4], d'après lesquels la région du pli courbe est plus particulièrement intéressée; pour la surdité psychique, les faits de Wernicke[5], de Giraudeau[6], de Fritsch[7],

[1] Tamburini. — *La théorie des hallucinations.* (*Revue scientifique*, 29 janvier 1881.

Luciani et Tamburini. — *Recherche sperimentale sull funzioni del cervello : centri psycho-sensori corticali.* Reggio Emilia, 1870.

[2] Déjerine. — In thèse (Skwortzoff, *Cécité et surdité des mots dans l'aphasie*, p. 53.)

[3] Broadbent. — *Cerebral mechanism of thought and speech.* (*Med. chir. Trans.*, t. LV, 1872.)

[4] Magnan. — *Cécité des mots ou cécité psychique.* (Compte rendu de la Société de Biologie, 5 mai 1883.)

[5] Vernicke. — *Der aphasische symptomen comptex.* Breslau, 1874, p. 39.

[6] Giraudeau. — *Note sur un cas de surdité cérébrale.* (*Revue de Médecine*, 1882.)

[7] Fritsch. — *Wiener Medicinische Presse*, 1880.

(service de Meynert) et le mien[1] qui désignent la partie moyenne de la première temporale ; enfin deux cas mixtes, de cécité et de surdité psychiques de Chauffard[2], et de d'Heilly et Chantemesse[3], dans lesquels les deux régions sont atteintes.

Deux fois, c'est une tumeur qui faisait les frais de la destruction ; la lésion bien circonscrite se trouvait limitée pour la cécité psychique au pli courbe (fait de Déjerine) et pour la surdité psychique à la partie moyenne de la première temporale (fait de Giraudeau).

Dans un récent article du *Progrès médical*, M. Bernard rapporte un cas de suppression brusque et isolée de la vision mentale des signes et des objets, qui a fait l'objet d'une importante leçon de M. Charcot. Dans les rêves, ce malade n'a plus comme autrefois la représentation visuelle des choses, seule la représentation des paroles lui reste. « Le sens de la représentation intérieure me manquant absolument, fait observer le malade, mes rêves se sont également modifiés. Aujourd'hui, je rêve seulement paroles, tandis que je possédais auparavant dans mes rêves la perception visuelle. »

La destruction du centre cortical qui recueille et conserve les images visuelles explique entièrement cette situation mentale nouvelle. Quand, au contraire, ce centre cortical se trouve excité, c'est l'inverse qui se produit, les images visuelles font les principaux

[1] Magnan. — *Aphasie, surdité des mots ou surdité psychique.* (Compte rendu de la Société de Biologie, 12 mai 1883.

[2] Chauffard. — *Sur un cas de cécité et de surdité cérébrales.* (*Revue de Médecine*, 10 novembre 1881.)

[3] D'Heilly et Chantemesse. — *Note sur un cas de cécité et de surdité verbales.* (Bulletins de la Société anatomique, avril, mai, juin 1882, p. 324.)

frais des rêves. A l'état normal, en effet, si pendant le sommeil une lumière est approchée des yeux du dormeur, ou si des substances odorantes sont répandues auprès de lui, les centres corticaux visuels, olfactifs, sollicités par ces impressions donnent naissance à des images qui suivant leur caractère produisent un rêve ou un cauchemar. Les centres psychiques supérieurs sont au repos et l'automatisme seul concourt à la production de ce phénomène. Dans certains états pathologiques, dans l'épilepsie par exmple, surviennent des phénomènes analogues, seulement la cause excitante, au lieu d'être une impression extérieure, est une décharge centrale, qui du même coup annihile la conscience (région antérieure), et stimule au contraire les centres sensoriels de l'écorce (région postérieure).

Dans ces conditions, le patient se trouve transformé en un véritable automate, agissant d'une façon inconsciente, poussé par les incitations de la région des centres sensoriels, à des actes, qui échappent au contrôle supérieur momentanément voilé.

Quelques mots encore sur les hallucinations unilatérales qui par leur évolution et leurs caractères généraux ne diffèrent pas des hallucinations bilatérales dont nous venons de nous occuper. Si les hallucinations unilatérales se montrent au début d'un délire chronique, elles sont de nature pénible; elles sont expansives, au contraire, si elles interviennent à la période de systématisation et de transformation ambitieuse du délire; en un mot elles suivent celui-ci dans sa marche progressive. D'autre part il n'y a nulle différence pour le siége et la genèse, et c'est encore aux centres sensoriels de l'écorce qu'il faut les rattacher.

Dans un travail sur les hallucinations unilatérales (*Encéphale,* 1881), M. le Dr Régis a publié l'observation d'un malade atteint d'hallucinations unilatérales de l'ouïe avec otorrhée purulente, dont la guérison a été obtenue après un traitement efficace contre l'inflammation de l'oreille. Ce fait prouve qu'une otite a pu faire développer des hallucinations chez un individu prédisposé, en état de réceptivité morbide; mais que cette prédisposition, suffisante pour entrer en action dès qu'elle était sollicitée par un stimulant étranger, restait latente dès que l'équilibre physiologique se trouvait rétabli.

Des faits analogues sont nombreux en pathologie mentale sans qu'une filiation intime puisse être établie entre la cause apparente et le phénomène obtenu.

Si, chez un individu prédisposé, le froissement du nerf cubital devient pour le patient les morsures d'un animal qui ronge le petit doigt, sera-t-on en droit de soutenir qu'une irritation du cubital produit une hallucination du toucher? D'ailleurs, les hallucinations unilatérales ne sont pas rares et sur quatre cas d'hallucinations unilatérales de l'ouïe, que j'ai eu l'occasion d'observer récemment, une fois on notait de la dureté de l'ouïe et une hémiplégie faciale du même côté et trois fois l'oreille était intacte des deux côtés. Voici en quelques mots une de ces observations :

Une femme, âgée de quarante-trois ans, après une phase délirante de persécution pendant laquelle, elle prétendait qu'on la poursuivait, qu'on l'injuriait, qu'on l'empêchait de travailler, qu'on faisait des expériences sur elle, qu'on la forçait à pousser des cris d'animaux, a commencé à présenter des idées ambitieuses. Elle a

subi, dit-elle, l'opération du Saint-Esprit, et elle va donner le jour à un fils aussi savant que le Christ. Dieu lui fait des révélations ; elle doit renouveler le rôle de Jeanne d'Arc, elle doit sauver la France. Dieu lui parle, mais seulement et exclusivement par l'oreille droite, c'est un talisman qui va jusqu'au ciel. Il lui a ordonné de venir à Paris, et, guidée par le soleil, elle s'est mise en route. Elle doit gouverner, elle sera présidente de la République.

L'ouïe est normale et la malade entend également bien des deux côtés. Au début de la maladie les hallucinations de l'ouïe étaient bilatérales, ses ennemis lui parlaient des deux côtés.

En résumé :

1° Les hallucinations bilatérales de caractère différent, suivant le côté affecté, sont indépendantes d'une altération locale des organes périphériques ;

2° Elles ne diffèrent des autres hallucinations ni par leur mode d'apparition, ni par leur évolution, ni par leurs caractères généraux. Elles marchent parallèlement au délire lui-même;

3° Elles sont une nouvelle preuve du dédoublement et de l'indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux et elles désignent comme siége organique les centres sensoriels de l'écorce;

4° Les expériences dans les différents états d'hypnotisme de l'hystérie corroborent de tout point les résultats de la clinique.

# RECUEIL DE FAITS

## CAS DE SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE, LA DÉGÉNÉRESCENCE DES FAISCEAUX PYRAMIDAUX SE PROPAGEANT A TRAVERS TOUT L'ENCÉPHALE;

Par M. le Pr A. KOJEWNIKOFF (de Moscou).

Le 7 septembre 1880, entra à la clinique des maladies nerveuses Wassily Mennschof, cordonnier, âgé de vingt-neuf ans, atteint d'un dérangement dans les mouvements des extrémités et en partie dans ceux du tronc.

*Anamnèse.* — Le malade ne paraît présenter aucune prédisposition aux maladies nerveuses; mais, dès son enfance, il s'est trouvé dans de mauvaises conditions hygiéniques. Logé le plus souvent dans des caveaux humides, se nourrissant mal et insuffisamment, il était obligé de travailler beaucoup. Jeune encore, il se livra à l'eau-de-vie, s'enivrait fréquemment et, dans cet état, prenait souvent froid, ou était maltraité par ses camarades. Dans sa dix-neuvième année, il s'adonna à l'onanisme et plus tard aux relations, par trop fréquentes, avec les femmes.

De toutes les maladies ayant quelque rapport avec son état actuel, nous devons mentionner une uréthrite qu'il a eue à l'âge de dix-neuf ans; cette maladie dura presque une année et fut accompagée d'une épididymite. A vingt-cinq ans il eut une seconde uréthrite, cette fois-ci beaucoup plus aiguë et plus intense, accompagnée d'un rétrécissement qui, persistant jusqu'à ce moment, cause une certaine difficulté d'uriner. Son mal actuel date du printemps de 1878, quand une nuit, au moment du coït, le malade ressentit un tremblement au pied droit; le lendemain sa démarche était moins libre, son pied droit ne lui obéissant plus aussi bien; ce malaise s'aggrava peu à peu, le tremblement du pied se répéta de temps en temps; parfois ce pied était pris d'une extension involontaire.

Au printemps de 1879, un dérangement pareil apparut dans le pied gauche, ce qui rendit la marche très pénible. Sur l'ordonnance d'un médecin, il s'appliqua plusieurs vésicatoires le long de la colonne vertébrale, et adopta un genre de vie beaucoup plus régulier, ce qui lui procura un soulagement remarquable, mais passager. Bientôt après, le mal s'aggrava de nouveau; outre le dérangement dans les mouvements des extrémités inférieures, le malade commença à remarquer que les mouvements du tronc n'étaient plus aussi libres; dès le printemps de 1880, les mouvements des extrémités supérieures devinrent aussi très gênés ; depuis cette époque jusqu'à l'entrée du malade à l'hôpital, le mal paraît avoir été stationnaire.

*Etat actuel* (7 septembre 1880). — Le malade est grand de taille, mais d'une constitution débile, la cage thoracique est faiblement développée ; le tissu sous-cutané contient peu de graisse; les muscles offrent de même peu de développement. Le symptôme principal que présente le malade consiste en un dérangement dans les mouvements des extrémités inférieures surtout. Le malade peut encore marcher, mais avec une grande difficulté ; sa démarche est très singulière : il rejette légèrement la partie supérieure du tronc en arrière, plie un peu les jambes aux articulations du bassin et du genou, et les avance avec beaucoup de peine ; les extrémités inférieures manquent évidemment de flexibilité. Le talon du malade ne touche pas le sol, tandis que la partie antérieure du pied glisse sur le plancher, le patient ne pouvant l'en détacher; la moindre irrégularité du sol peut le faire tomber. Pendant la marche, les jambes sont rapprochées, le bout des pieds est tourné en dedans, et chaque pas est accompagné d'un certain sautillement. La locomotion coûte à Mennschof de grands efforts, de sorte que, après avoir fait quelques pas, il est obligé de s'arrêter; ce n'est qu'après un peu de repos qu'il peut se remettre en marche; la fatigue et les émotions rendent ses mouvements plus difficiles et plus pénibles. Dans la position horizontale, le malade peut faire avec ses jambes toutes sortes de mouvements, quoique avec une certaine difficulté. L'examen démontre que la force des jambes est diminuée, mais peu sensiblement; la gêne des mouvements est produite principalement par la rigidité continue des muscles; le malade le sent bien lui-même et se plaint d'avoir les pieds constamment comme serrés. Cette rigidité augmente pendant les mouvements, qu'ils soient

passifs ou actifs; pendant les mouvements passifs, flexion ou extension, elle se manifeste par une grande résistance, et, pendant les mouvements actifs, elle devient si intense parfois que le malade ne peut la vaincre, il est obligé de laisser passer un certain temps avant de pouvoir exécuter un nouveau mouvement. De temps en temps, même pendant le repos, il se produit dans les membres inférieurs de Mennschof une extension involontaire; quelquefois aussi les jambes, plus souvent la droite, sont prises de mouvements convulsifs dans les muscles adducteurs de la cuisse, ce qui produit un croisement des jambes. Outre cela, tout grand effort, ou une position incommode, provoque dans les membres inférieurs des trépidations (épilepsie spinale) qu'on peut arrêter par la flexion forcée des orteils. Les muscles des extrémités inférieures sont peu développés, mais ne présentent aucun symptôme d'atrophie; leur contractilité électrique est intacte; les réflexes cutanés sont normaux, tandis que les réflexes tendineux sont notablement exagérés : un léger coup sur les tendons, surtout sur les rotuliens, provoque des mouvements très énergiques, accompagnés quelquefois de trépidation.

On remarque aussi de la raideur dans les muscles du dos; ceux qui sont placés le long de la colonne vertébrale sont particulièrement tendus et rigides; le malade se sent pour ainsi dire tiré en arrière.

Les mouvements des extrémités supérieures présentent un dérangement analogue, mais à un degré beaucoup plus faible; la force des bras n'a presque pas diminué; tous leurs mouvements sont restés possibles; par contre, les petits mouvements des doigts et des mains sont gênés par la rigidité des muscles, qui, quoique peu développés, ne présentent aucune trace d'atrophie; leur contractilité électrique est normale, les réflexes tendineux sont exagérés.

La sensibilité, étudiée avec le plus grand soin, est trouvée intacte sur tous les points et dans tous ses modes. Les fonctions des organes des sens et de l'intelligence sont de même normales.

Les organes de la poitrine ne présentent aucun dérangement; les organes de la digestion fonctionnent régulièrement; les urines sont normales et en quantité suffisante, mais la miction est un peu embarrassée, l'urine sort en mince filet à cause d'une stricture, dont l'exploration a démontré l'existence.

Le malade est resté à la clinique à peu près un mois (il en est sorti le 18 octobre 1880); pendant tout ce temps, il prenait du nitrate d'argent; en outre, on employa d'abord l'électrisation de la moelle épinière par le courant galvanique, puis on posa des vésicatoires le long de la colonne vertébrale.

Aucun changement remarquable, sauf quelques fluctuations dans l'intensité des symptômes morbides, ne survint pendant cette période; mais, vers la fin du séjour de Mennschof à l'hôpital, les mouvements des extrémités supérieures et inférieures étaient devenus un peu plus libres. Bientôt après la sortie de la clinique, le dérangement dans les mouvements redevint le même, puis survint une toux qui ne cessa de s'aggraver. Vers la fin du mois de décembre de l'année 1880, le malade eut pour la première fois une abondante hémoptysie ; il perdit plusieurs onces de sang (deux grands verres). Depuis ce moment jusqu'à la fin de sa vie, sa santé faiblit constamment; il fut obligé d'entrer à l'hôpital, il en changea à plusieurs reprises. Au mois de mai 1881, il eut le typhus, ce qui aggrava sensiblement la maladie de poitrine ; à la mi-juin se produisait une nouvelle hémoptysie ; la faiblesse générale, spécialement celle des jambes, augmentant à vue d'œil, il se vit obligé, le 22 septembre 1881, d'entrer derechef à la clinique des maladies nerveuses.

*Etat actuel* (22 septembre 1881). — Cette fois-ci, Mennschof est tout à fait épuisé ; il a encore beaucoup maigri ; ce changement est dû principalement à la maladie de poitrine ; il tousse beaucoup et expectore d'abondants crachats mucosopurulents. L'exploration de la poitrine montre l'existence d'une induration dans la partie supérieure du poumon droit ; la percussion rend un son mat ; on trouve à l'auscultation un souffle bronchique, avec une grande quantité de petits râles sous-crépitants et de la bronchophonie ; au sommet du poumon gauche, il y a aussi de la matité et une expiration prolongée avec force râles muqueux fins ; en un mot, le malade présente tous les symptômes d'une phthisie pulmonaire très avancée. Etat général fébrile ; température variable, s'élevant, le soir, jusqu'à 39° c.; la nuit, sueurs profuses ; mauvais appétit ; soif ; respiration accélérée ; le pouls a jusqu'à cent pulsations à la minute ; peu de sommeil ; légère constipation ; l'écoulement des urines est, comme autrefois, entravé par la stricture mentionnée plus haut. La déglutition, l'articulation et la phona-

tion, ainsi que les fonctions psychiques et celles des organes des sens, sont restées tout à fait normales.

Le malade est très faible; il peut encore marcher, mais avec peine; sa démarche a le même caractère qu'auparavant. Dans la position horizontale, il peut faire toutes sortes de mouvements avec les jambes, quoique leur force, surtout celle de la droite, soit évidemment diminuée. Le principal obstacle à la liberté des mouvements est, comme autrefois, la rigidité des muscles, rigidité qui à chaque effort augmente encore, surtout dans les muscles extenseurs des jambes; souvent ces dernières sont prises de trépidation. Pendant les mouvements passifs, on sent dans les articulations du genou et du pied la résistance des muscles. Les réflexes tendineux sont très exagérés : un coup sur le tendon rotulien provoque dans la jambe une secousse accompagnée de tremblement; un choc sur d'autres tendons, ainsi que sur les muscles et le tibia, détermine aussi des contractions musculaires très prononcées ; les réflexes cutanés, au contraire, ne sont pas exagérés, car un coup sur la peau pliée, ou une piqûre d'épingle n'en produit pas du tout, le chatouillement de la plante des pieds n'en provoque que de légers.

Comme tout le reste du corps, les muscles des extrémités inférieures sont considérablement émaciés; mais on n'y remarque aucun signe d'atrophie, leur contractilité électrique est normale. La sensibilité, dans tous ses modes, est intacte non seulement dans les jambes, mais encore sur toute la superficie du corps. Les mouvements des membres supérieurs, quoique possibles, sont gênés, particulièrement dans les doigts: cela provient de la rigidité musculaire. La force des mains, celle de la droite surtout, a considérablement diminué : la main gauche presse le dynamomètre jusqu'à 72°, la droite n'atteint que 65°.

Les muscles des membres supérieurs, surtout ceux des mains, offrent un faible développement ; les éminences thénar et hypothénar ont beaucoup plus diminué de volume que les autres parties du corps ; il est évident que nous rencontrerons ici une atrophie musculaire; la contractilité de ces muscles est quelque peu affaiblie, tandis que, dans les autres muscles du corps, elle est intacte ; les réflexes cutanés de cette région ne sont pas exagérés, tandis qu'un coup sur les tendons et les muscles provoque de brusques et amples mouvements.

Mennschof vécut encore trois mois; pendant cette période, il ne se produisit aucun changement essentiel dans le dérangement du système nerveux; seul, l'amaigrissement des muscles, comme celui de tout le corps du reste, faisait de rapides progrès; les mouvements réflexes provoqués par un choc sur les tendons ou les muscles, devenaient de plus en plus exagérés : on pouvait les produire, non seulement sur les extrémités, mais aussi sur le tronc, particulièrement sur les muscles de l'épaule et du cou (sur la face, ces réflexes ne se produisaient pas) ; les mouvements volontaires avaient conservé leur caractère ; la sensibilité était intacte.

Mais l'affection des poumons fit de rapides progrès; la pneumonie se propagea, il se forma des cavernes ; la fièvre prit un caractère hectique ; la température atteignait parfois 40° ; parfois aussi, le malade avait des frissons, des sueurs profuses et, sans cause apparente, des diarrhées.

Les derniers jours de la vie, la voix devient rauque et plus faible, mais l'articulation et la déglutition se maintinrent intactes jusqu'à la fin. L'émaciation et l'affaiblissement augmentant de plus en plus, Mennschof succomba le 23 décembre.

Autopsie. — De toutes les lésions anatomiques constatées à l'autopsie qu'exécuta M. le prof. Klein, je ne décrirai en détail que celles qui se rapportent au système nerveux et aux muscles, ne faisant que mentionner brièvement les autres.

*Cavité thoracique.* — Les deux feuillets pleuraux étaient fortement soudés des deux côtés; les poumons, surtout le droit qui était beaucoup plus volumineux, étaient parsemés d'une grande quantité de nœuds durs, de différente grandeur, dissémenés dans le lobe inférieur du poumon gauche ou réunis en masse durcie dans le lobe supérieur du poumon droit. Les parties endurcies contenaient un grand nombre de cavernes, qui, variant de la grosseur d'un pois à celle d'une noix, communiquaient entre elles et étaient remplies d'un liquide puriforme d'un jaune grisâtre. Dans les grosses bronches, on trouvait des bronchectasies cylindriques et en forme de sac; les glandes bronchiques présentaient une dégénérescence caséeuse.

Le *cœur* n'avait rien d'anormal. Sur la partie postérieure de l'épiglotte et, à la surface des ligaments vocaux inférieurs, se trouvait une large ulcération tuberculeuse. La glande thyroïde avait légèrement augmenté de volume.

La membrane muqueuse de l'*estomac* était épaissie et mamelonnée. Dans la partie inférieure de l'intestin grêle, se trouvait un grand nombre de tubercules caséeux et des ulcères tuberculeux.

Le *foie*, de dimension et de consistance normales, contenait dans son parenchyme brun-rougeâtre de nombreux tubercules miliaires. Le diamètre longitudinal de la *rate* avait légèrement augmenté et la consistance en était flasque. Sur la périphérie des *reins* se voyaient les indices de tuberculose disséminée; dans une des pyramides de Malpighi se trouvait un petit tubercule mou et transparent. Le fond de la *vessie*, légèrement distendue, était d'un rouge-ardoisé. La prostate et les vésicules séminales étaient intactes.

La forme du *crâne* était régulière, ses os ne présentaient aucune anomalie; les membranes du cerveau étaient saines.

Le *cerveau*, à l'examen extérieur, ne présentait aucune modification ; les circonvolutions étaient normales et bien développées. A la base du cerveau, quelques artères étaient athéromateuses. Le cerveau, ainsi que le bulbe, furent mis dans une solution de bichromate de potasse, en vue d'un examen ultérieur. Il n'y avait rien d'anormal dans le *cervelet*. Les os du rachis ne présentaient aucune altération ; la dure-mère de la moelle épinière était intacte, la pie-mère bien ténue et transparente ; sur la surface postérieure, on trouvait quelques plaques calcaires; le plexus veineux était rempli de sang. La forme et la grandeur de la moelle épinière étaient normales; sa consistance était un peu molle, surtout dans la partie thoracique ; sur les coupes transversales, on voyait clairement que les faisceaux latéraux avaient une teinte grisâtre qui les distinguait du reste de la substance blanche. La substance grise, dans la partie thoracique, avait une teinte rougeâtre, comme si elle eût été hyperémiée.

A l'œil nu, les racines des nerfs spinaux paraissaient être normales; il faut excepter les racines antérieures du cou, qui étaient plus fines et d'une légère teinte grisâtre; les nerfs périphériques des extrémités ne présentaient également aucune modification.

La majorité des muscles du tronc et des extrémités avaient un aspect normal quoique, en vertu de l'émaciation de tout le corps, ils fussent maigres et secs : les muscles des mains, au contraire, et surtout ceux des éminences thénar et hypothénar étaient visiblement atrophiés, pâles et flasques.

Examen microscopique. — En dissociant des fragments de la moelle épinière à l'état frais ou après une macération dans une faible solution de bichromate de potasse, on trouvait une grande quantité de corps granuleux. Un examen minutieux démontre que ces derniers ne se trouvaient que dans les faisceaux latéraux ; dans les autres parties de la moelle — faisceaux postérieurs et antérieurs et substance grise — il n'y en avait pas du tout ; mais dans les faisceaux latéraux, ces corps granuleux étaient en très grand nombre tout le long de la moelle, de la partie lombaire jusqu'au bulbe. En même temps on s'assura que la myéline, dans les fibres nerveuses des faisceaux latéraux, avait diminué. Ces corps granuleux étaient disposés dans les faisceaux latéraux des deux côtés d'une manière tout à fait symétrique, et en quantité à peu près égale à gauche et à droite ; leur nombre diminuait graduellement de haut en bas. Quelques-uns des vaisseaux de la moelle épinière contenaient dans leurs espaces périvasculaires une telle quantité de gouttelettes de graisse, que, dans certains endroits, ils paraissaient noirs. Ainsi, cette première investigation nous prouva que nous avions à faire à une dégénérescence symétrique des colonnes latérales de la moelle épinière, ce qui fut en tout point confirmé par l'examen des coupes de la moelle durcie. Sur les coupes transversales colorées par le carmin ou le picrocarmin, puis éclaircies, on voyait clairement que la dégénérescence suivait la moelle épinière dans toute sa longueur presque symétriquement des deux côtés, et occupait la place caractéristique, c'est-à-dire la partie postérieure des colonnes latérales ; l'espace occupé par la dégénérescence diminuait graduellement de haut en bas. Ainsi, dans la portion cervicale, la partie dégénérée se présentait de chaque côté sous la forme d'un triangle, dont la base était tournée vers la périphérie de la moelle, mais ne l'atteignait pas, en étant séparée par une couche de fibres nerveuses normales (directe kleinhirn-seitenstrang-bahnen de Flechsig) ; le sommet se dirigeait vers la substance grise, mais ne la touchait pas non plus ; le côté postérieur de ce triangle confinait par sa partie externe à la corne postérieure ; sa partie interne était un peu distante de la substance grise ; le côté antérieur du triangle ne se dessinait pas aussi nettement ; sa coloration diminuait graduellement, atteignait l'angle externe de la corne antérieure, et la dépassait même un peu. Dans la partie thoracique, la dégénérescence occupait la même place

et se présentait de même sous la forme d'un triangle ; seulement ses dimensions en avant étaient moindres que dans la partie cervicale ; ici, de même que la base de ce triangle n'atteignait pas la périphérie de la moelle, la partie antérieure n'était pas non plus aussi nettement dessinée que la partie postérieure.

Enfin, dans la partie lombaire, la dégénérescence occupait encore moins de place ; elle représentait de même un triangle, dont la base atteignait ici la périphérie de la moelle, le sommet étant tourné vers la substance grise, dont il était un peu séparé; du reste, dans cet endroit les limites de la dégénérescence n'étaient pas bien dessinées. En un mot, la dégénérescence des colonnes latérales occupait dans notre cas la place qui a été si souvent notée dans les cas de *sclérose latérale amyotrophique*. Tout le reste de la substance blanche de la moelle (il sera question plus tard de la substance grise) dans les faisceaux antérieurs et postérieurs ne présentait rien d'anormal tout le long de la moelle épinière, en sorte que, même dans sa portion cervicale, la partie interne des faisceaux antérieurs (faisceaux de Türk) était intacte (ce qui nous fait penser que nous avions affaire à un entrecroisement complet des pyramides). Ainsi, c'étaient les faisceaux pyramidaux qui étaient atteints et l'examen ultérieur a démontré que leur dégénérescence existait non seulement dans toute la moelle épinière, mais aussi dans le bulbe et le cerveau proprement dit.

Dans le bulbe, la dégénéresence allait le long des pyramides ; les coupes transversales faites à différentes hauteurs dans le bulbe durci ont clairement démontré que les pyramides étaient fortement altérées, dans toutes leurs dimensions; mais la dégénérescence n'atteignait que les pyramides seules, toutes les autres parties du bulbe étant dans un état parfaitement normal[1].

Dans la protubérance, comme l'on pouvait s'en assurer en examinant les coupes tranversales à l'état frais, la dégénérescence allait le long de la moitié antérieure (inférieure) en suivant les fibres longitudinales; il s'y trouvait une grande quantité de corps granuleux, disposés symétriquement, et en

Cette dégénérescence étendue sur toute la surface des coupes des pyramides confirme encore l'opinion que nous avons émise plus haut du complet entrecroisement de leurs fibres dans notre cas.

quantité égale à droite et à gauche, tandis que, dans la partie postérieure (supérieure) de la protubérance, on n'en trouvait pas du tout. Dans les pédoncules du cerveau (*crura cerebri*), il y avait de même une grande quantité de corps granuleux ; en examinant minutieusement, il était possible de déterminer assez exactement la région occupée par ces corps. Ainsi, on n'en trouvait que dans le pied du pédoncule, tandis qu'il n'y en avait ni dans la calotte (*tegmentum*), ni dans la substance noire de Soëmmering. Même dans le pied du pédoncule, ils occupaient une place strictement limitée : sur une coupe faite par le milieu du pédoncule perpendiculairement à la direction de ses fibres cette place présentait la forme d'une trapèze; ce dernier occupait à peu près le tiers moyen du pied du pédoncule, en s'inclinant un peu du côté extérieur; sa base étroite touchait à la substance noire de Soëmmering, tandis que sa grande base atteignait la périphérie du pédoncule. Dans les deux pédoncules, la place occupée par les corps granuleux était parfaitement symétrique.

Malheureusement nous n'avons pu déterminer avec plus de précision les limites de cette dégénérescence, car il était impossible de faire des coupes transversales dans les pédoncules durcis : la partie dégénérée devenue friable s'émiettant sous le rasoir.

Dans notre cas, la dégénérescence des faisceaux pyramidaux allait donc de l'extrémité inférieure de la moelle épinière, sans interruption aucune jusqu'aux hémisphères du cerveau. Maintenant une question très intéressante et fort importante se présentait : dans quel état se trouvaient les hémisphères du cerveau? la dégénérescence s'y propageait-elle? et, dans ce cas, quelle direction y suivait-elle? Pour résoudre ces questions, on fit dans les deux hémisphères, pendant qu'ils étaient encore assez mous, plusieurs coupes horizontales. On s'assura que nulle part, dans l'un ou l'autre hémisphère, il n'y avait d'altération macroscopique; la surface de chaque coupe présentait un aspect tout à fait normal.

Nous prîmes dans différentes parties de chaque coupe de petits morceaux de la substance cérébrale et nous les soumîmes à l'examen microscopique; celui-ci montra que dans plusieurs endroits, strictement déterminés et délimités, se trouvaient une plus ou moins grande quantité des corps granuleux, indices de la dégénérescence des éléments nerveux, tandis que, dans tous

les autres endroits du cerveau, on n'en trouvait pas un seul. Dans les deux hémisphères ces corps se trouvaient à des places parfaitement symétriques et identiques; des deux cotés, ils étaient en quantité presque égale, à peine un peu plus nombreux du côté droit. Les points où se trouvaient les corps granuleux ont été notés avec une grande précision sur des dessins représentant exactement les coupes étudiées; on y a aussi noté la quantité respective de ces corps à chaque endroit. Les dessins ci-joints, choisis entre tous, représentent tantôt l'hémisphère droit, tantôt l'hémisphère gauche, vu que les corps, granuleux y étaient disposés tout à fait symétriquement. La place des corps granuleux est indiquée par de petits cercles et la quantité plus ou moins grande par la teinte plus ou moins foncée de ces cercles.

La *figure* 1 (Pl. VI) représente une coupe horizontale de l'hémisphère gauche, coupe faite au niveau du bord inférieur de l'opercule; on voit sur cette coupe les gros ganglions du cerveau et entre eux la capsule interne[1]. Les corps granuleux se trouvaient ici en très grande quantité, mais sur un espace très limité, précisément dans la moitié postérieure de la capsule interne entre la couche optique et le noyau lenticulaire; en divisant la moitié postérieure de la capsule en quatre parties égales, on voyait que le troisième quart en partant du genou de la capsule était seul occupé par les corps granuleux. Malgré de nombreuses recherches, on n'a trouvé de ces corps dans aucune autre partie de la capsule, ni dans aucun autre point de cette coupe. Dans les coupes supérieures, les corps granuleux occupaient une surface de plus en plus étendue, mais leur nombre sur un espace déterminé devenait de plus en plus petit.

La *figure* 2 (Pl. VI) représente une coupe de l'hémisphère droit faite à un centimètre et demi plus haut que la précédente et traversant le noyau caudé. Les corps granuleux qui ne se trouvaient que dans la substance blanche, y occupaient une région voisine de la partie postérieure de la limite externe du noyau caudé, vis-à-vis des circonvolutions centrales. Sur la coupe faite à un centimètre plus haut que la précédente (*fig.*3, Pl. VII,

[1] Accidentellement, cette coupe ne s'est pas faite tout à fait horizontalement, mais avec une légère inclinaison d'arrière en avant, de sorte que la coupe touche par derrière le splenium et que par devant elle passe au dessous du genou du corps calleux; les autres coupes se firent parallèlement à la première.

hémisphère droit) les corps granuleux étaient disséminés sur un espace encore plus grand que dans la seconde coupe ; ils se trouvaient exclusivement dans la partie moyenne de cette surface ; ils étaient plus nombreux dans la portion interne ; de là, toujours en moindre quantité, ils se propageaient des deux côtés de la scissure de Rolando ; en avant de ce sillon, c'est-à-dire dans la circonvolution frontale ascendante, il y en avait beaucoup plus qu'en arrière (dans la circonvolution pariétale ascendante) ; et même dans la première de ces circonvolutions, il n'y en avait que dans la partie qui confine à la scissure de Rolando.

La *figure* 4 (Pl. VII) représente une coupe de l'hémisphère gauche, faite à un demi-centimètre plus haut que la précédente : ici les corps granuleux se massaient encore plus à l'extérieur, c'est-à-dire des deux côtés de la scissure de Rolando ; ils étaient en beaucoup plus grande quantité dans la circonvolution centrale antérieure que dans la circonvolution centrale postérieure ; dans l'une, comme dans l'autre, on n'en trouvait que dans la partie avoisinant la scissure de Rolando.

La *figure* 5 (Pl. VIII) correspond à une coupe de l'hémisphère droit faite à un demi-centimètre environ plus haut que la précédente, de sorte que la partie supérieure de l'hémisphère qui fut enlevée n'avait que trois quarts de centimètre d'épaisseur ; on y voit que la surface occupée par les corps granuleux était de nouveau moindre ; ils se trouvaient exclusivement dans la circonvolution centrale antérieure, en partie près de la scissure de Rolando, en partie, dans la région moyenne de la circonvolution.

Nous n'avons pu trouver un seul corps granuleux dans la substance grise des circonvolutions, centrales ou autres ; des coupes faites, après le durcissement, dans les circonvolutions centrales et les parties avoisinantes, ont démontré que la substance grise n'y présentait aucune modification.

La présence des corps granuleux dans ces endroits déterminés des hémisphères nous prouva que nous avions devant nous le même processus morbide que celui de la moelle épinière et du bulbe, c'est-à-dire une dégénérescence des fibres nerveuses. Que cette altération n'était pas secondaire, mais bien protopathique, cela était prouvé par l'absence complète de toute autre modification pathologique dans le cerveau et surtout par la disposition symétrique de la dégénérescence dans

les deux hémisphères ; dans l'encéphale, comme dans la moelle épinière, nous nous trouvons en présence d'une sclérose symétrique primitive. Comme cette dégénérescence montait sans interruption aucune du pédoncule du cerveau à travers tout l'hémisphère jusqu'à son écorce, on peut en conclure que les fibres dégénérées vont aussi sans interruption aucune à travers tout l'hémisphère qu'elles y constituent le prolongement des mêmes faisceaux pyramidaux, qui descendent sans interruption des hémisphères cérébraux à travers les pédoncules, la protubérance, le bulbe et toute la moelle épinière.

Outre l'altération des faisceaux pyramidaux, on pouvait observer chez notre sujet quelques modifications, peu graves du reste de certains muscles, des nerfs périphériques et de la substance grise de la moelle épinière. Quant aux muscles, on voyait déjà du vivant de M... que ceux des mains, et particulièrement ceux des éminences thénar et hypothénar, étaient atrophiés ; l'autopsie n'a fait que le confirmer. L'examen microscopique, par dissociation ou par coupes transversales, a démontré que les muscles les plus atrophiés étaient les interosseux des deux mains, et ceux des éminences hypothénar et thénar ; les muscles de la surface externe de l'avant-bras étaient aussi atteints, mais très faiblement. Les autres muscles des extrémités supérieures et inférieures ne présentaient aucune modification. Dans les muscles atrophiés, on rencontrait parmi des fibres tout à fait normales quelques fibres très amincies ; dans quelques-unes de ces dernières, la substance contractile avait un aspect granuleux ; dans certains endroits on pouvait remarquer une augmentation du nombre des noyaux musculaires ; dans d'autres fibres le sarcolemme était rempli d'une grande quantité de noyaux, sans trace de substance contractile. Partout d'ailleurs, même dans les muscles les plus atteints, le nombre des fibres normales était beaucoup plus grand que celui des fibres modifiées.

L'examen de morceaux des nerfs médian et cubital, pris sur l'avant-bras, a montré que l'immense majorité de leurs fibres étaient à l'état normal, mais, par la dissociation, on en trouva quelques-unes de modifiées ; elles étaient très amincies à la suite de la diminution de la myéline, paraissait-il ; dans d'autres, la gaîne de myéline était par places interrompue ; de quelques autres fibres il ne restait que la gaîne de Schwann, avec une petite quantité de gouttelettes de myéline.

Le névrilemme ne présentait aucune modification; en général le procès morbide dans les nerfs périphériques était très peu prononcé, ne présentant, semblait-il, qu'une simple atrophie des filets nerveux. De toutes les racines des nerfs spinaux, il n'y avait que les racines antérieures des nerfs cervicaux inférieurs qui présentassent quelques modifications: à l'œil nu, elles étaient un peu amincies et avaient une teinte grisâtre; l'examen microscopique y montra les mêmes modifications que dans les nerfs médian et ulnaire, c'est-à-dire une atrophie en général très peu prononcée et limitée à quelques fibres nerveuses seulement.

La substance grise de la moelle épinière a été très soigneusement examinée, soit sur des coupes transversales, soit par la dissociation de petits morceaux de la moelle encore fraîche; dans les cornes antérieures de la partie cervicale, quelques-unes des cellules nerveuses avaient subi les modifications pathologiques suivantes : elles ne se coloraient plus par le carmin et ses analogues; elles contenaient trop de pigment; quelques-unes d'entre elles offraient une forme anormale arrondie, et semblaient privées de prolongements; dans quelques autres le noyau n'était pas visible, ou ne l'était qu'à peine ; enfin de quelques cellules il ne restait qu'un amas de pigment. Il est à remarquer que le nombre des cellules ainsi modifiées était insignifiant relativement à celui des cellules normales. Le reste de la substance grise dans la portion cervicale était complètement normal; la névroglie dans cette région était de même intacte. Dans les régions thoracique et lombaire, la substance grise de la moelle épinière n'était pas modifiée.

Nous voyons donc que les altérations pathologiques de cette dernière catégorie, c'est-à-dire les altérations de la substance grise de la moelle épinière, des racines antérieures, des nerfs périphériques, ainsi que celles des muscles, étaient beaucoup moins prononcées que celles des faisceaux pyramidaux, ce qui était, du reste, en harmonie complète avec les manifestations cliniques. La substance grise du bulbe était de même tout à fait indemne; les cellules qui constituent le noyau du nerf hypoglosse semblaient elles-mêmes être normales et en nombre complet.

A la suite de l'examen des phénomènes cliniques et anatomopathologiques que présentait notre sujet, nous sommes bien convaincu qu'il était atteint de cette forme morbide que M. le

professeur Charcot a décrit sous le nom de *sclérose latérale amyotrophique*[1]. Seulement, le cas présentait plusieurs particularités: ainsi, les phénomènes amyotrophiques n'apparurent que vers la fin de la vie de notre sujet et ne furent jamais très prononcées ; pendant longtemps la maladie ne se manifesta que par des symptômes de dérangement des mouvements volontaires, c'est-à-dire par une faiblesse parétique accompagnée de phénomènes spasmodiques ; les symptômes bulbaires, si communs dans cette maladie n'existaient même pas. Cette dernière circonstance peut s'expliquer par le fait que la maladie n'atteignit pas son complet développement, ayant, pour ainsi dire, été coupée par la phthisie qui emporta le patient. Si ce dernier eût vécu plus longtemps, il est très probable que l'atrophie aurait progressé et que les symptômes bulbaires se seraient manifestés ; d'ailleurs, dans la description de plusieurs cas faite par quelques auteurs, nous voyons que l'atrophie musculaire et les dérangements du bulbe ne s'observent que pendant la dernière période de la maladie, c'est-à-dire longtemps après les désordres dans les mouvements volontaires. Quoi qu'il en soit, notre cas et ceux qui lui ressemblent paraissent prouver que le processus morbide commence dans les fibres nerveuses qui constituent les faisceaux pyramidaux et ne passe que plus tard dans la substance grise ; en effet, nous avons trouvé un procès largement distribué et très prononcé dans la substance blanche des centres nerveux et de fort légères altérations dans la partie grise de la moelle épinière.

Mais le principal intérêt que présentait notre cas consiste, à notre avis, en ce que la dégénérescence des faisceaux pyramidaux se propageait à travers tout l'encéphale, jusqu'à son écorce; serait-ce un cas isolé ou bien un phénomène inhérent à la sclérose latérale amyotrophique ? C'est ce que les observations ultérieures démontreront. Quoique la majorité des ob-

[1] Les phénomènes morbides étaient, du vivant même de notre malade, si nettement prononcés que déjà, pendant son premier séjour à la clinique, nous avons pu diagnostiquer la sclérose des colonnes latérales de la moelle épinière. Un seul point était indécis : nous ne savions si nous avions devant les yeux un cas de sclérose amyotrophique pas encore complètement développée ou un cas de tabes spasmodique avec altération des colonnes latérales seules. Pendant le second séjour de Mennschof à la Clinique, lorsque l'atrophie des muscles de la main se déclara, nous démontrâmes à MM. les étudiants que nous avions à nous occuper d'un cas de sclérose latérale amyotrophique.

servateurs admette la possibilité d'une propagation semblable[1], jamais, à notre connaissance, la description de cette dégénérescence des faisceaux pyramidaux à travers tout l'encéphale, n'a été faite. A la vérité, MM. Kahler et Pick[2] émettent l'opinion que, dans un des cas étudiés par eux, la dégénérescence des faisceaux pyramidaux passait à travers tout l'encéphale : ils se basaient, d'un côté, sur la possibilité de suivre la dégénérescence à travers toute la moelle épinière, le bulbe, la protubérance et les pédoncules du cerveau et, d'autre part, sur l'existence d'une atrophie des circonvolutions centrales[3]; mais au fond, ce n'était guère qu'une supposition, le cerveau n'ayant pas été exploré[4]; dans le cas de MM. Kahler et Pick, il n'est pas prouvé qu'il existât une relation quelconque entre l'atrophie des circonvolutions centrales et la sclérose des faisceaux pyramidaux. Dans notre cas, on pouvait démontrer avec la plus grande exactitude que la dégénérescence passait sans interruption à travers toute la moelle épinière, le bulbe, la protubérance, les pédoncules du cerveau, la capsule interne et tout l'hémisphère jusqu'à l'écorce de ce dernier; mais il nous est impossible de déterminer dans quelle partie de ce long trajet la maladie s'est déclarée : a-t-elle commencé dans la moelle épinière en suivant une marche ascendante ? Est-elle apparue dans les hémisphères et descendue de là dans la moelle épinière ? Cette dernière supposition nous paraît la plus plausible, car les altérations pathologiques des hémis-

[1] J.-M. Charcot (*Leçons sur les localisations cérébrales*, p. 405) : « Enfin le désidératum qui manquait encore à la description anatomique de la sclérose amyotrophique. à savoir la prolongation pédonculo-cérébrale de la sclérose latérale, vient d'être rempli par MM. Pick et Kahler, dans l'observation, etc. » — Flechsig (Ueber system Erkrankungen im Rückenmark (*Archiv der Heilkunde*, XIX, Jahrgang, p. 74) : « Leider ist es in Folge dessen auch ungewiss, wo die in Frage stehende strangförmige Degeneration der Pyramidenbahnen ihr oberes Ende erreicht. Es spricht vorder Hand nichts gegen die Ansicht, dass dies erst in der Hirnrinde geschiet. »

[2] *Prag. Vierteljarh.*, Bd. 141 und 142; Separatabdruck 1879, p. 157.

[3] *Loc. cit.*, p. 167. Endlich glauben wir kaum auf Wiederspruch zu stossen. wenn wir die macroskopisch nachgewiesene Atrophie der Centralwindungen als Bewees für die Ausbreitung der Processes in den Pyramidenbahnen durch die innere Kapsel und die Stabkranzfaserung bis zur Grosshirnrinde aufführen.

[4] *Loc. cit.*, p. 166. Der Rest der Gehirns ging leider für die miscroskopische Untersuchung verloren.

phères et de la moelle épinière offraient le même développement et étaient de même ancienneté.

Donc, si les fibres des hémisphères, dont nous avons constaté la dégénérescence, constituent en effet la continuation des faisceaux pyramidaux de la moelle épinière (ce dont on ne peut guère douter), notre cas offre une nouvelle preuve que les faisceaux pyramidaux vont des pédoncules cérébraux à travers la capsule interne et à travers tout l'hémisphère jusqu'à l'écorce de ce dernier sans s'interrompre dans les grands ganglions; il peut servir à déterminer quelle direction ces fibres prennent dans l'encéphale. Ce dernier fait est d'autant plus important que ce que nous connaissons sur cette direction se réduit à fort peu de chose; à ce que nous croyons, il n'existe, pour la déterminer, qu'une preuve positive: ce sont les résultats auxquels est arrivé M. Flechsig dans ses investigations sur le développement des centres nerveux; encore Flechsig ne parle-t-il qu'avec une certaine indécision[1]. Jusqu'à maintenant la direction de ces fibres dans le cerveau d'un adulte est complètement inconnue.

En étudiant dans notre sujet cette direction, nous avons trouvé les données suivantes: En entrant des pédoncules du cerveau dans les hémisphères, les faisceaux pyramidaux vont, sous la forme d'un faisceaux compacte dans la capsule; ils occupent le troisième quart de la partie postérieure de la capsule en comptant du genou et se trouvent entre la couche optique d'un côté et le deuxième et en partie le troisième (externe) segment du noyau lenticulaire de l'autre. En montant, ils tournent le noyau caudé dans son tiers postérieur; puis, divergeant de plus en plus, se dirigent vers l'extérieur et quelques-uns atteignent, à peu près à la hauteur moyenne des hémisphères, la substance grise qui constitue le fond et les parois latérales du sillon de Rolando. D'autres fibres, montant encore plus haut, suivent les courbes des hémisphères en s'approchant de plus en plus de la surface de ces derniers; elles restent toujours dans le voisinage du sillon de Rolando. Les dernières fibres, enfin, montent jusqu'au sommet des circonvolutions centrales. De cette manière, la direction de ces fibres

[1] Ueber system Erkrangungen im Rückenmark. (*Archiv der Heilkunde*, XVIII, Jahrgang, p. 294.) Zur Anatomie und Entwiekelungsgeshichte der Leitungsbahnen im Grosshirn des Menschen. (*Archiv für Anatomie und Entwiekelangsgeshichte*, 1881.)

représente un éventail ou plutôt une pyramide aplatie d'avant en arrière dont la base est formée par une certaine partie de la surface convexe des hémisphères et dont le sommet se trouve dans la capsule interne. (La *fig.* 6, Pl. VIII, représente schématiquement la direction de ces fibres dans l'un des hémisphères du cerveau.) Comme il est plus que probable que ces fibres, atteignant dans un certain endroit la substance corticale grise, s'y terminent, nous pouvons envisager ces parties de la substance grise comme contenant les centres de ces fibres.

Dans notre cas, les fibres dégénérées n'atteignaient la substance grise que dans la moitié supérieure des circonvolutions centrales, surtout dans la circonvolution antérieure; une partie notable de ces fibres arrivait jusqu'au sommet de ces circonvolutions. Mais il est évident que nous avions affaire à la dégénérescence d'une partie seulement des faisceaux pyramidaux, car chez M..., les mouvements volontaires du cou, de la langue, de la face étaient normaux; ceux des membres supérieurs étaient peu atteints, ceux du tronc un peu plus et ceux des membres inférieurs, quoique les plus gravement modifiés, n'étaient pas complètement anéantis. En conséquence de ce qui précède, nous devons admettre que les centres corticaux de ces mouvements atteints doivent se trouver dans la partie de l'encéphale vers laquelle se dirigeaient les fibres dégénérées, c'est-à-dire que les centres des mouvements des jambes, du tronc et, en partie, des extrémités supérieures se trouvent dans la substance grise, qui recouvre la moitié supérieure des circonvulutions centrales, surtout de la circonvolution antérieure.

Cette conclusion est en harmonie complète avec les recherches expérimentales de Hitzig, de Ferrier et d'autres, et avec des faits pathologiques qui prouvent que les centres moteurs des extrémités se trouvent dans la partie supérieure de la zone motrice et que ceux de la face et de la langue sont dans la partie inférieure. Il est à présumer que ces centres occupent en général une surface beaucoup plus étendue que dans notre cas. Comme chez M..., les mouvements des extrémités inférieurs n'étaient pas complètement paralysés et que ceux des membres supérieurs n'étaient que très faiblement dérangés, nous pouvons présumer qu'une partie seulement des fibres qui dirigent ces mouvements était lésée, et que la surface occupée par les terminaisons des fibres dégénérées ne représentait qu'une partie de celle qu'occupent ces centres.

Pour terminer, nous jugeons nécessaire d'attirer l'attention sur le fait suivant : En montant, plusieurs des fibres pyramidales des hémisphères rencontrent dès l'abord la substance grise qui constitue le fond et les parois du sillon de Rolando, et s'y terminent probablement ; quelques autres seulement atteignent la substance grise qui recouvre la surface extérieure des circonvolutions ; il est évident alors que quelque processus morbide (une tumeur, par exemple) qui n'agirait que sur la surface des hémisphères sans pénétrer dans la profondeur du sillon, pourrait ne produire aucun dérangement dans les mouvements, ou, s'il en produisait, ce ne serait qu'à un dégré insignifiant, malgré l'existence d'altérations dans les circonvolutions centrales ; peut-être cette circonstance pourrait-elle expliquer certains cas pathologiques qui paraissent contredire la règle générale des localisations des fonctions dans l'écorce du cerveau. En achevant cet article, je me fais un devoir et un plaisir de témoigner ma plus sincère reconnaissance à M. le Dr Wladimir Rolh, mon ancien chef de clinique, qui a bien voulu m'aider dans ce travail.

Moscou, 15/27 mai 1883.

## EXPLICATION DES PLANCHES

### PLANCHE VI

*Fig. 1. — Coupe horizontale de l'hémisphère gauche immédiatement sous l'opercule.*

*L. f.*, Lobe frontal.
*L. t.*, Lobe temporal.
*L. oc.*, Lobe occipital.
*Sc. S.* Scissure de Sylvius.
*Ins.*, Insula de Reil.
*V. l.*, Ventricule latéral.
*N. c.*, Noyau caudé.
*N. l.*, Noyau lenticulaire.
*C. opt.*, Couche optique.
*Sp. c. c.*, Coupe du corps calleux.
*C. in. a.*, Moitié antérieure de la capsule interne.
*C. in. p.*, Moitié postérieure de la capsule interne.
X, Place où ont été trouvés les corps granuleux.

*Fig. 2. — Coupe horizontale de l'hémisphère droit à 1/2 centimètre environ plus haut que la précédente.*

*L. f.*, Lobe frontal.

*L. oc.*, Lobe occipital.
*Sc. S. a.*, Rameau ascendant de la scissure de Sylvius.
*Sc. pr.*, Scissure præcentrale.
*C. c. a.*, Circonvolution centrale antérieure (frontale ascendante).
*Sc. R.*, Scissure de Rolando.
*C. c. p.*, Circonvolution centrale postérieure (pariétale ascendante).
*Sc. par.*, Scissure interpariétale.
*Sc. S. h.*, Rameau horizontal de la scissure de Sylvius.
*C. c.*, Corps calleux.
*N. c.*, Noyau caudé.
*X*, Place où ont été trouvés les corps granuleux.

PLANCHE VII

*Fig. 3. — Coupe horizontale de l'hémisphère droit à un centimètre plus haut que la seconde.*

*L. f.*, Lobe frontal.
*L. oc.*, Lobe occipital.
*Sc. pr.*, Scissure præcentrale.
*C. c. a.*, Circonvolution centrale antérieure.
*Sc. R.*, Scissure de Rolando.
*C. c. p.*, Circonvolution centrale postérieure.
*Sc. par.*, Scissure interpariétale.
*Sc. S. h.*, Rameau horizontal de la scissure de Sylvius.
*Sc. t. s*, Scissure temporale supérieure ou parallèle.
*C. c. c.*, Circonvolution du corps calleux.
*L. c.*, Lobule carré.
*X*, Place où ont été trouvés les corps granuleux.

*Fig. 4. — Coupe horizontale de l'hémisphère gauche à 1/2 centimètre environ plus haut que la troisième.*

*L. f.*, Lobe frontal.
*C. c. c.*, Circonvolution du corps calleux.
*L. par.*, Lobule paracentral
*L. c.*, Lobule carré.
*Sc. pr.*, Scissure præcentrale.
*C. c. a.*, Circonvolution centrale antérieure.
*Sc. R.*, Scissure de Rolando.
*C. c. p.*, Circonvolution centrale postérieure.
*Sc. par.*, Scissure interpariétale.
*X*, Place où ont été trouvés les corps granuleux.

PLANCHE VIII

*Fig. 5. — Coupe horizontale de l'hémisphère droit à 1/2 centimètre plus haut que la quatrième.*

*L. f.*, Lobe frontal.
*S. f. I.*, Sillon frontal Ier.

*Sc. pr.*, Scissure præcentrale.
*C. c. a.*, Circonvolution centrale antérieure.
*Sc. R.*, Scissure de Rolando.
*C. c. p.*, Circonvolution centrale postérieure.
*Sc. par.*, Scissure interpariétale.
*C. fr. I.*, Circonvolution frontale Ire.
*L. par.*, Lobule paracentral.
*X*, Place où ont été trouvés les corps granuleux.

*Fig. 6. — Coupe frontale de l'hémisphère droit à travers la circonvolution centrale antérieure.*

*Sc. S.*, Scissure de Sylvius.
*Ins.*, Insula de Reil.
*L. t.*, Lobe temporal.
*A. m.*, Avant-mur.
*N. l.*, Noyau lenticulaire.
*C. A.*, Corne d'Ammon.
*C. opt.*, Couche optique.
*C. in.*, Capsule interne.
*C. c.*, Corps calleux.
*N. c.*, Noyau caudé.
*X*, Direction des faisceaux pyramidaux indiquée schématiquement.
*X'*, Fibres de ces faisceaux, qui se terminent au fond de la scissure de Rolando.

---

# REVUE CRITIQUE

---

## DU MÉRYCISME[1];

Par BOURNEVILLE et SÉGLAS.

### IV. — DU MÉRYCISME CHEZ LES IDIOTS ET LES ALIÉNÉS. (*Suite*).

*Anatomie pathologique.* — Nous avons essayé de démontrer plus haut que le mérycisme n'est pas un phénomène morbide : aussi ne faut-il pas s'étonner de trouver dans les quelques au-

[1] Voir le nº 16, p. 86, et le nº 17, p. 247.

topsies de méricoles qu'on a pu faire une absence complète de lésions organiques. L'anatomie pathologique ne peut guère nous fournir que des données sur des anomalies de conformation ou de structure de l'organe qui doit être regardé comme le siège du mérycisme, c'est-à-dire de l'estomac, encore ces données sont-elles bien vagues.

Etant donnée l'identité presque complète du mérycisme et de la rumination des animaux, la première idée qui vient à l'esprit est de pousser plus loin l'analogie, et l'on est enclin à s'imaginer que l'estomac des méricoles, par un vice bizarre de conformation, doit se rapprocher beaucoup de celui des mammifères ruminants. C'est ainsi que Salmutz, Bartholin, avaient supposé chez les mérycoles l'existence de plusieurs estomacs; mais quand on a observé ces cas, ce n'était plutôt que des diverticulum placés dans l'estomac et encore les individus n'étaient pas mérycoles. L'autopsie n'a jamais montré rien d'anormal dans la conformation de l'estomac des individus atteints de mérycisme. Dans les Observations I, II, VIII, XV, ainsi que dans les suivantes, l'estomac était toujours unique, la cavité simple, sans diverticulum ni rétrécissements.

La *dilatation de l'estomac* est peut-être l'état qu'on a le plus fréquemment observé à l'autopsie. Arnold en a vu trois cas; Peyer l'a aussi notée. (Obs. I.) Dans l'autopsie de l'individu qui fait le sujet de l'Observation XXIX on trouve que la *grosse tubérosité de l'estomac était plus développée que d'ordinaire et en contact avec le diaphragme, même à l'état de vacuité.* La position de l'estomac, normale d'ailleurs, était plus verticale que de coutume ; en outre, le diaphragme était notablement épaissi. Nous ajouterons que Rossier a constaté sur le vivant cette dilatation de l'estomac. (Obs. XXVIII.) Bryand a trouvé le contraire dans l'observation suivante. (*Biblioth. méd.*, t. LII, p. 117.)

Observation XXVI. — Anne Ferry, fille d'un tisserand, eut à l'âge de quinze mois la coqueluche qui dura pendant quatre mois. A cette époque, ses parents aperçurent quelques symptômes d'*imbécillité*, qu'ils n'avaient point encore remarqués. A onze ans, elle pouvait rejeter à volonté par la bouche les aliments que contenait son estomac ; mais cette faculté fut accompagnée au bout de quelques mois, de toux, de dyspnée, de maigreur, qui firent des progrès rapides et se terminèrent par la mort.

*Autopsie.* — Léger épanchement d'un fluide jaunâtre entre la

*dure-mère* et l'arachnoïde ; vaisseaux de la pie-mère engorgés ; plaques nombreuses de lymphe coagulée sur la surface du cervelet; épanchement semblable des ventricules droit et gauche ; poumons remplis de tubercules ; adhérences de la plèvre costale. ***Estomac très contracté; muscularité du pylore évidemment augmentée;*** quantité considérable de lymphe coagulée à la surface des intestins grêles ; pancréas très volumineux, dur, comme cartilagineux.

La « muscularité » plus développée du pylore, à laquelle l'auteur attribue la faculté de rumination, n'a été notée que dans ce seul cas. Nous en rapprocherons l'Observation II où l'œsophage a été trouvé très épaissi, et l'Observation XXIX où la même remarque fut faite à propos du diaphragme.

D'un autre côté, M. Hill a publié dans son *Essai sur les moyens de prévenir et de guérir l'aliénation mentale*, un exemple de mérycisme. Le malade ayant succombé à une *attaque d'épilepsie*, l'on a remarqué, à l'ouverture de son cadavre, que l'estomac avait une *ténuité extrême* et que les rides de la membrane muqueuse étaient entièrement usées. Ajoutons que les deux autopsies de mérycoles que nous avons pratiquées ne nous ont donné que des renseignements négatifs.

En résumé, absence de vices de conformation et dilatation de l'estomac, tels sont les deux points mis en relief par les autopsies. Quant au développement exagéré du système musculaire des organes de la digestion, invoqué comme cause du mérycisme, nous ne pouvons guère, d'après les recherches sur le cadavre, l'ériger en principe. D'un autre côté, si les phénomènes de rumination n'avaient été observés que chez des idiots, on eut pu se croire autorisé à former l'hypothèse d'une cause cérébrale; mais le grand nombre de faits observés chez des gens sains d'esprits réduit à néant cette idée. Il résulte de toutes ces considérations que l'on se trouve réduit à n'admettre comme principe du mérycisme qu'une disposition nerveuse, particulière, susceptibilité exagérée de la muqueuse stomacale, d'après Cambay; à en faire, en un mot, avec les auteurs que nous citions tout à l'heure, et en attendant mieux une névrose de la digestion.

*Symptômes et mécanisme.* — Avant d'aborder l'étude de l'acte du mérycisme, il nous paraît utile d'examiner en quelques mots l'état des voies digestives et le mode d'ingestion des aliments chez les individus qui y sont sujets.

Du côté des voies digestives il n'y a rien de bien particulier

à noter. La langue est bonne, l'appétit conservé et même augmenté, sauf certains cas exceptionnels comme celui de Rossier (Obs. XXVIII), où le sujet, déjà malade, avait encore vu son état s'aggraver sous l'influence de vomitifs répétés. La soif est plus souvent modérée; l'abdomen est souple, non distendu; cependant, dans l'Observation XXVIII, on a noté une dilatation notable de l'hypochondre gauche; nous n'avons jamais relevé ce fait. Chez nos idiots, les selles étaient toujours normales et régulières; il n'en est pas toujours ainsi; on a, en effet, signalé quelquefois (Obs. XVII, XXI, XXVIII) une *constipation* persistante. Le seul point défectueux de l'appareil digestif serait peut-être l'insuffisance du système dentaire, qui présente, comme on le verra par les observations suivantes, des altérations souvent considérables. (Obs. XXVIII, XXX.)

Quant à l'assimilation, elle se fait généralement bien, à condition toutefois, comme nous l'avons déjà dit, qu'on n'interrompe pas le cours de la rumination.

Le mode d'ingestion des aliments présente des particularités plus importantes. Nous avons déjà signalé l'existence de la *voracité* dans plusieurs observations; on va la retrouver encore dans celles qui vont suivre; c'est là un fait presque général et il est même quelquefois étonnant de voir des mérycoles se bourrer de viandes, de pommes de terre, de pain, qu'ils avalent gloutonnement *sans même boire* pour en faciliter l'ingestion. (Obs. XXVIII.) Voici d'ailleurs un bel exemple de voracité déjà publié par l'un de nous[1].

Observation XXVII. — En dépit de tous les soins dont il était l'objet, X... avait conservé une voracité insatiable; une surveillance perpétuelle était indispensable; car ordures, débris de légumes, excréments même..., tout était bon pour son inépuisable appétit. A table, placé à côté d'un maître, isolé de ses camarades, il dévorait en un clin d'œil ce qu'on lui donnait. Son assiette était-elle vide, on le voyait, le regard fixe, convoitant voluptueusement la part de son petit compagnon d'infortune le plus rapproché. Celui-ci était-il distrait une seconde, *Becco* (c'était le surnom du malade) se précipitait comme un trait, le produit du vol était englouti. On lui coupait sa viande par morceaux ; mais, pour lui, les dents étaient inutiles, il ne daignait pas s'en servir. Puis une heure, plus ou moins, après le repas, on le surprenait mâchonnant avec

[1] Bourneville. — *Mémoire sur la condition de la bouche chez les idiots*, 1862.

une sorte de bonheur, les yeux brillants de plaisir, des morceaux entiers de chair, restés presqu'intacts, qui reprenaient bientôt le chemin de l'estomac.

Il est fort aisé de comprendre qu'avec une pareille voracité, il ne peut y avoir une mastication et une insalivation suffisantes. Aussi, à part l'Observation VII, toutes les fois qu'on a songé à examiner la digestion buccale, l'a-t-on trouvée imparfaite. Nous avons noté le fait dans nos observations de Bicêtre, car il nous est arrivé de retirer les aliments de la bouche du malade au début de la rumination et de les trouver alors presqu'intacts.

Les aliments sont ingérés : que va-t-il maintenant se passer? Il y a généralement un certain *intervalle* entre le repas et le début de la rumination; mais cet intervalle est très variable, et cela chez le même sujet. Nous avons souvent observé le début de la rumination quelques minutes après le repas, tandis qu'une autre fois, le même individu n'avait pas encore commencé à ruminer au bout d'une heure. L'intervalle qui sépare le repas du début de l'acte est certainement sous l'influence de quelques conditions particulières: c'est ainsi qu'un repas copieux, l'ingestion d'une grande quantité de liquides ou de certains aliments particulièrement agréables au goût de l'individu peuvent hâter le moment de la rumination. Quoi qu'il en soit, l'espace de temps qui la sépare du repas peut varier de quelques minutes à une heure et plus : en général, c'est au bout d'un temps assez court, d'un quart d'heure en moyenne, que se produit la première régurgitation.

Mais, avant que la première bouchée ne soit remontée dans la cavité buccale, il peut se produire certains phénomènes, sortes de prodromes de l'acte qui va s'accomplir. Presque tous ceux que l'on a pu constater sont consignés dans l'observation suivante :

Observation XXVIII. — *Démence épileptique. — Mérycisme ; voracité ; défaut de mastication. — Description du mérycisme. — État des voies digestives. — Diminution des phénomènes sous l'influence d'un traitement belladoné* (*Journal des Connaissances médicales*, 1862, p. 181). — Louis C..., agriculteur, âgé de soixante-cinq ans en 1860, a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de cinquante-six ans. Il ne peut donner aucun renseignement sur ses parents.

En 1852, il eut, un jour, un accès de manie avec grande excitation et hallucinations de la vue. Quelque temps après, il tomba

subitement à terre sans connaissance. Au bout d'un moment, il sortit de son état comateux avec des cris, une grande agitation et de l'écume sanglante à la bouche. Des accès pareils se sont répétés dès lors cinq à six fois par an, jusqu'en 1858. Depuis lors, jusqu'en 1860, il n'eut aucun accès. Cette année, il en eut un à peu près par mois.

Lors de la première chute, le malade resta un mois sans parler, puis les mots revinrent peu à peu ; mais il éprouva toujours pour parler une difficulté qui va s'augmentant; en même temps, la mémoire s'affaiblit graduellement.

Un peu après l'accès de folie qui caractérisa le début de la maladie, C..., qui de tout temps avait mangé fort avidement et presque sans mâcher, commença à ruminer. Cela n'arrivait d'abord que pour *la salade*. Peu à peu, cet acte suivit toute espèce d'aliments et chaque repas. Depuis six mois, le malade, qui vaquait à ses affaires, s'affaiblit de plus en plus. Depuis la recrudescence des accès épileptiques qui s'est manifestée au début de cette année, il a commencé à ressentir souvent des vertiges pendant la station et la marche. Ces vertiges sont devenus si pénibles que depuis trois mois, il a été obligé de garder le lit. Dans les derniers temps, il a été traité presque exclusivement par l'usage des vomitifs répétés tous les huit jours et cette médication a considérablement aggravé son mal. Les forces déclinent ; *l'appétit, autrefois exagéré, est presque perdu : il y a des renvois acides et des vomissements* spontanés peu abondants après les repas, phénomène qui ne se produisait jamais alors que le malade pouvait encore suivre ses occupations.

*État actuel*, 14 mai 1860. — Le malade est au lit ; c'est un homme bien proportionné, d'un tempérament lymphatico-sanguin, amaigri par une longue maladie. Il porte sur sa figure un cachet d'imbécillité que sa parole semble confirmer. — L'intelligence est obtuse, la mémoire affaiblie. Ce qui le préoccupe surtout, c'est la rumination, puis les vertiges. La première se montre généralement *peu de minutes* après les repas. Elle n'est habituellement précédée d'aucun sentiment douloureux, et le malade n'a pas conscience de son début. Seulement, depuis l'usage des vomitifs, il ressent une *pesanteur à l'épigastre*, surtout au moment où commence le retour des aliments. Il peut retenir mais non empêcher l'acte par l'effet de la volonté ; mais alors il éprouve à l'estomac un poids si insupportable qu'il est obligé de laisser le phénomène se produire. Il peut ruminer dans toutes les positions, plus facilement dans la position assise. Quand cela lui arrive, il y a, en général, fort peu d'intervalle entre deux gorgées ; cependant, lorsque la rumination tire à sa fin, les intervalles augmentent. Quand le malade peut se tenir debout ou marcher, les intervalles sont plus longs, mais la durée totale s'allonge en proportion. Celle-ci était habituellement de deux à trois heures pour le dîner, d'une demi-heure à une

heure pour le déjeuner ou le souper ; depuis l'emploi des vomitifs, elle varie de trois à quatre heures pour le dîner. Autrefois le goût des aliments ne forçait jamais à les recracher : depuis les vomitifs, cela lui est arrivé quelquefois, parce qu'il leur trouvait alors une saveur insupportable.

L'ordre de retour des aliments est le suivant : ce sont les légumes qui se présentent les premiers à la bouche, puis la viande ; ils sont habituellement fort peu altérés, le malade avalant gloutonnement la nourriture presque sans la mâcher. Vers la fin de la rumination, ils consistent plutôt en une bouillie qu'en parties alimentaires distinctes. Les liquides ingérés ne reviennent jamais seuls à la bouche; mais les gorgées sont plus nombreuses quand le malade avale de grandes quantités d'aliments liquides qu'il affectionne, vu la perte de ses dents et la faiblesse de son estomac. Avant le traitement, le nombre des gorgées est de 6-12 pour le déjeuner; 11-21 pour le dîner; 7-16 pour le souper.

La bouche est complètement privée de dents ; la langue rugueuse, couverte d'un enduit épais et portant plusieurs traces de morsures; le ventre, ballonné vers le haut, donne à la pression dans la région épigastrique un gargouillement comme celui d'une outre à moitié remplie de liquide. Toute cette région, depuis l'ombilic jusqu'à la région costale gauche donne le même timbre de percussion. On trouve une matité relative dans les parties qui correspondent au liquide évidemment accumulé dans l'estomac dilaté. Les régions inférieures de l'abdomen n'offrent aucune matité. Le foie et la rate ont le volume normal.

Depuis nombre d'années, la *constipation* est habituelle : elle a augmenté depuis l'usage des vomitifs. *Soif modérée;* urines normales. Rien au cœur; un peu d'emphysème; sensibilité et motilité intactes.

Le malade fut d'abord mis à une diète sévère et, le 19 mai, on régla son régime de la façon suivante : Suppression des légumes, soupes, bouillies, liquides. Usage de viandes blanches rôties, de pain et de vin coupé avec de l'eau de Seltz. On prescrivit aussi des pilules d'aloès et de rhubarbe.

Le 26 mai, le malade va mieux; il se lève un peu et a moins de vertiges. L'appétit est bon, la rumination se montre encore tous les jours. Le nombre des régurgitations est toujours le même ; mais elles se font sans aucune gêne. La langue est nette, les selles quotidiennes. Plus de gargouillement abdominal à la palpation.

Le 9 juin, on prescrit l'extrait alcoolique de noix vomique (0,075) et sous l'influence de ce remède, le nombre des régurgitations diminue des deux tiers. — Mais à la fin de juillet le retour plus fréquent des vertiges, l'existence de soubresauts musculaires, font reprendre le premier traitement. — Les mois d'août et septembre se passent sans aggravation.

Avec le mois d'octobre on reprend la noix vomique. Les vertiges deviennent très fréquents. Le 24 octobre, C... est pris d'un accès d'agitation maniaque, qui se renouvelle le 2 novembre. Alors, on cherche à conjurer ces attaques par la belladone (0,02 d'extrait environ par jour), à doses croissantes et avec quelques intermissions le régime alimentaire reste le même.

Le 15 février le malade va bien : les vertiges ne reviennent plus que rarement, l'hébétude est moins marquée, la parole plus libre. La langue est nette, l'appétit modéré ; les régurgitations persistent, mais moins fréquentes (six à dix par jour) et seulement au dîner. — Depuis quelque temps, le malade a pu reprendre quelques occupations.

Sans nous occuper dans ce cas de la description du mérycisme et de son traitement, dont nous aurons à parler dans la suite, nous relèverons parmi les phénomènes prémonitoires de l'acte : des *éructations fréquentes*, quelquefois même du *hoquet*, que nous avons aussi observés, surtout les premières, presque constamment chez nos malades. D'un autre côté, nous n'avons pas trouvé le *ballonnement abdominal* signalé dans le fait précédent. La *sensation* de *plénitude* à l'*épigastre* dont il est parlé dans ce cas et mentionnée par Cambay a été notée encore chez d'autres mérycoles (Obs. VI, XIII, XVII); nos malades étant en général incapables de fournir aucun renseignement, nous n'avons rien de personnel à dire sur ce point. Ajoutons, à ces prodromes, l'*absence de nausées* et le *spasme de l'œsophage* qui ont été indiqués quelquefois. (Obs. XVI.)

Ces symptômes se manifestent, en général, pendant un temps très court et sont suivis presque immédiatement du renvoi de la première bouchée. Comment ce renvoi se produit-il ? C'est ce que nous allons maintenant examiner.

Le mécanisme du rejet des aliments dans la rumination, qui n'est pas indiqué dans le fait précédent, se trouve déjà tracé à grandes lignes dans une autre observation que nous jugeons utile de rapporter avant d'aller plus loin dans l'étude des symptômes.

Observation XXIX. — *Idiotie ; mérycisme. — Voracité; pas d'insalivation ni de mastication : fonctions digestives intactes. — Début de la rumination deux ou trois minutes après le repas. Mécanisme, arrêt momentané par le décubitus dorsal.* (*Gazette des hôpitaux*, 1863, p. 245, et *Journal de méd. de Lyon*, 1866, p. 303.) — Jean G..., âgé de quatorze ans, est entré à l'hospice de l'Antiquaille le 17 mars 1857.

Il est né à Villefranche. Il est impossible d'avoir des renseignements sur sa famille ou sur ses premières années.

Il a la taille d'un enfant de douze ans à peine et est *idiot* dans toute la vigueur de l'expression. Les manifestations intellectuelles sont nulles; il ne prononce jamais une parole; il est calme, tranquille. Le front est bas, couvert en partie par les cheveux. Les lèvres sont volumineuses et paraissent plus saillantes encore, grâce à un mouvement de succion qui lui est familier.

Il se tient habituellement accroupi dans un coin, les yeux fixés à terre, immobile ou imprimant à la tête un balancement monotone. Sa physionomie n'exprime habituellement ni peine ni plaisir. Il ne manifeste ses sensations que dans un seul cas et d'une seule manière. Lui fait-on mal, souffre-t-il, il pousse un cri inarticulé, toujours le même, puis il rentre dans son calme ordinaire.

Il ne sait pas prendre les aliments qui sont devant lui pour les porter à sa bouche. Il faut les lui mettre dans la main ou mieux dans la cavité buccale. Lorsque cette dernière est restée vide quelque temps, on voit bientôt la salive s'en écouler au niveau de chaque commissure et tomber sur les vêtements.

Sa nourriture de prédilection consiste en pain, soupe et viande. Il mange *difficilement les légumes, les fruits*; souvent même il refuse de les avaler.

Ce qui frappe d'abord chez lui, c'est la manière dont il prépare le bol alimentaire. A peine les aliments sont-ils dans la bouche, que la déglutition s'opère sans qu'il *y ait presque insalivation et mastication*. On peut lui faire absorber ainsi une très grande quantité de mie de pain par exemple et cela sans boire. A peine peut-on lui faire accepter quelques gouttes de liquide.

Dès qu'on a cessé de lui remplir la bouche, il semble se recueillir; après un temps très court, *deux ou trois minutes, il penche la tête en avant, étend le cou, contracte simultanément son diaphragme et ses muscles abdominaux, il ajoute une légère inspiration*, et bientôt un premier bol alimentaire remonte sans effort dans la bouche. Il s'accompagne parfois d'un léger *gargouillement* qui siège au pharynx. A ce moment seulement commence la *mastication*.

Les premiers bols sont composés d'aliments presque normaux: après quelque temps, ils commencent à s'altérer; à la fin de l'opération ils n'offrent plus l'aspect que d'une pâte chymeuse. Le temps de la rumination varie avec la quantité d'aliments ingérés dans l'estomac. On peut suivre ainsi les diverses altérations que subit le bol alimentaire dans l'acte stomacal de la digestion : pendant tout le temps que dure le travail, il a les yeux fixés; loin de paraître souffrir, il se frictionne parfois la poitrine avec un air de satisfaction assez marqué.

Quand toute la masse ingérée a subi cette seconde mastication, il reprend son immobilité première et la salive ne tarde pas à

s'écouler de nouveau. Tel est le spectacle que nous offre cet idiot après chaque repas. Malgré cela la santé générale est intacte, les forces sont normales, les *selles régulières*, les urines rares. Rien en un mot ne semble, dans l'organisme, souffrir de ce trouble pathologique qui semble presque physiologique chez notre malade.

Chez ce jeune mérycole, on arrêtait pour un moment le cours de la rumination, si on le maintenait *couché* sur le *dos*, *la tête renversée en arrière*.

Malgré le mérycisme physiologique du malade, rien d'anormal dans son estomac, si ce n'est peut-être la grosse tubérosité plus développée que de coutume. Sa position était aussi un peu plus verticale que d'ordinaire. Cette grosse tubérosité était en contact avec le diaphragme, même à l'état de vacuité. Le diaphragme était épaissi d'une manière très notable.

*Voûte crânienne* amincie ; — épanchement sanguin sous les téguments du crâne ; — *méninges* normales ; — *circonvolutions* indurées, tassées contre les enveloppes par l'expansion des ventricules latéraux distendus par de la sérosité. — *Corps calleux* aminci, jaunâtre. — On trouve cinq *tumeurs cérébrales* siégeant toutes sur le trajet des plexus choroïdes, sur les plexus eux-mêmes, sur le plancher des ventricules. Bien que la lésion soit surtout à droite (trois tumeurs dont deux volumineuses mesurant de cinq à sept centimètres accolées vers la partie antérieure de la couche optique, entrant un peu dans la corne frontale), il n'y a jamais eu hémiplégie, strabisme ou paralysie. — Le *trigone* est ramolli, déformé ; *le septum lucidum a disparu ; les corps striés* et les couches optiques ramollies.

Les *reins* sont durs, volumineux, présentent une grande quantité de tumeurs de volume variable, pédiculées ou non et s'attachant sur la substance corticale ou dans l'intérieur des pyramides. — Une tumeur (volume d'une noisette) semblable a été trouvée dans le *foie*.

*Examen miscroscopique*. — Les *tumeurs du cerveau* ont un aspect encéphaloïde : elles renferment un suc blanchâtre analogue au suc cancéreux et présentent de grosses cellules avec de gros noyaux à nucléocles comme les cellules cancéreuses. On trouve aussi des éléments de nature conjonctive.

Dans les *tumeurs des reins*, on trouve un grand nombre de noyaux conjonctifs en général peu difformes. Les canalicules urinipares ont disparu dans les points envahis. Les cellules épithéliales de leur face interne se trouvent encore, mais infiltrées de graisse.

La *tumeur du foie* est constituée surtout par des noyaux conjonctifs peu altérés dans leur forme et réunis par une matière amorphe peu consistante et très granuleuse.

Nous reviendrons tout à l'heure sur la description du mérycisme une fois établi : pour le moment nous ne nous occu-

perons que de son mécanisme. D'après le fait précédent, la flexion de la tête, l'extension du cou, la contraction simultanée du diaphragme et des muscles abdominaux, une légère inspiration, une sorte de gargouillement, et tous ces phénomènes avec peu ou pas d'efforts, tels sont en somme les phénomènes qui se produisent généralement au moment où la rumination s'opère : nous retrouverons la plupart d'entre eux chez les sujets que nous avons observés. Entre tous, le plus important est incontestablement la contraction du diaphragme et des muscles abdominaux ; aussi est-ce celui qui a le plus fixé l'attention des observateurs et sur lequel ont porté les discussions. Certains médecins, Percy et Laurent, ont nié *absolument* l'action de ces muscles dans la production du mérycisme ; et voici, d'après eux, le mécanisme de ce phénomène. On y retrouvera, d'ailleurs, la plupart des points que nous venons d'indiquer.

« Quand les regorgements vont se produire, la tête est portée en haut et en avant ou en bas contre le sternum. Un bruit sourd et comme un *bouillonnement* se fait entendre d'abord dans le pharynx ; puis un autre bruit plus clair, plus brusque (*tic*), comme celui d'une soupape qui s'ouvrirait tout à coup. Au milieu de ces mouvements, l'*œsophage* éprouve des tractions, des succussions qui sollicitent l'estomac et *en attirent plutôt* qu'elles n'en font expulser une portion des matières qui y sont renfermées..... Aucun effort du côté de l'enceinte musculaire abdominale ni du diaphragme, aucune action appréciable de la part de l'estomac quoique bien sûrement celui-ci ne soit pas étranger à ce qui se passe au dedans de lui-même. Le mérycole attentif est inquiet, attend le commencement de la rumination. Il le hâte en faisant entrer de l'air dans l'œsophage où son accès serait si propre à produire cet état de réplétion et de trop plein qui favorise de plus l'évacuation de cet organe. Il cherche à en attirer de l'un et de l'autre pour l'excréter ; il allonge et élargit tour à tour le canal œsophagien, le *tic* a lieu. C'est le signal de l'ouverture de cardia par lequel une colonne d'aliments fait aussitôt irruption comme si elle eut été poussée par une puissante compression ou qu'un mouvement particulier qu'on appellera, si l'on veut, *antipéristaltique* l'eût forcée par ses puissantes ondulations à s'échapper ainsi. »

Un autre auteur, Cambay, donne une explication qui s'éloigne passablement de celles que nous venons de rapporter. Pour lui, l'appel d'air que fait souvent le mérycole au moment de ruminer, n'a pas pour effet la dilatation de l'estomac, car cet

air n'est pas avalé. C'est une simple inspiration qui a pour but d'abaisser le diaphragme; en même temps il y a une légère contraction des muscles de l'abdomen. L'estomac, qui se trouve alors comprimé par les deux plans musculaires et par les intestins, qui sont refoulés vers lui, réagit sur les substances qui le distendent, et une masse alimentaire force le cardia, gagne l'œsophage et le pharynx dont les contractions successives l'amènent dans la cavité buccale. Tout en admettant la participation du diaphragme et des muscles de l'abdomen, l'auteur ajoute que leur action est si faible que le mérycole lui-même ne la perçoit que s'il y fait attention. En outre, elle n'existerait que pour la première gorgée après laquelle les contractions de l'estomac, que l'auteur localise dans la grande courbure, suffiraient seules pour continuer le mérycisme. Par ce dernier point, cette théorie se rapproche de la précédente, dont elle ne diffère, somme toute, que par l'action attribuée aux muscles abdominaux et diaphragmes.

Pour nous, voici, d'après ce que nous avons observé, la façon dont se produit la rumination.

Il nous semble évident que le mérycole sent approcher l'instant où la rumination va se produire; car, à ce moment, il semble se recueillir et attendre. Cet instant est quelquefois très court, quelques secondes à peine, comme chez Juven... (Obs. XXXI), qui n'interrompait guère son balancement habituel quand la bouchée allait remonter. Chez Gren... (Obs. XXX), ce fait était plus visible, car il cessait ses cris ou ses rires pendant un peu plus de temps, jusqu'à ce que le bol alimentaire fut revenu à la bouche. Chez ce dernier enfant, d'ailleurs, tous les phénomènes du mérycisme étaient beaucoup plus nets que chez l'autre. En même temps le haut du corps est généralement incliné en avant et la tête portée en avant et en haut.

Que se passe-t-il alors? Nous avons vainement recherché l'inspiration initiale dont parlent quelques auteurs. Le sujet étant mis à nu, nous n'avons jamais vu le thorax se dilater, les intestins s'abaisser, les muscles inspirateurs se contracter. Nous pensons, au contraire, vu l'absence de mouvements apparents du côté du thorax pendant ces quelques secondes que le malade interrompt seulement sa respiration, emprisonne l'air qui reste dans la cavité pulmonaire, et immobilise ainsi son diaphragme. Quant à l'appel d'air, plus ou moins marqué, mais qui, néanmoins, existe presque toujours, il se fait, à notre

avis, du côté des voies digestives, et cela, à cause des éructations sonores qui accompagnent le renvoi des aliments. Ce fait était surtout manifeste chez Gren..., qui avalait de l'air, produisait alors une sorte de fausse éructation suivie presqu'instantanément d'une autre vraie accompagnant les aliments qui remontaient en produisant en plus cette espèce de *gargouillement* déjà signalé ci-dessus. Si l'on ajoute à cela une légère contraction des parois abdominales, portant surtout sur les droits antérieurs qui se tendent, avec une légère dépression des fosses iliaques, on aura tous les phénomènes apparents qui provoquent le retour des aliments dans le pharynx. Ajoutons que cette contraction abdominale est très peu marquée, et qu'il faut même parfois la rechercher soigneusement pour pouvoir la constater. Ainsi, chez Juven.., on ne voyait guère qu'une sorte d'ondulation de la paroi; d'un autre côté, nous avons observé le fait pendant toute la durée de la rumination; cependant, à partir du moment où les aliments remontent à l'état de pâte, cette contraction devient à peine visible. Disons enfin qu'elle est toujours instantanée.

On voit donc, en somme, que, pour nous, le mécanisme se réduit aux trois points suivants : appel d'air dans l'estomac, immobilisation de la cage thoracique et par suite du diaphragme, légère contraction des parois abdominales, le tout sans aucun phénomène d'effort. Mais, en définitive, ces agents ne nous paraissent pas suffisants, et nous croyons que le principal réside dans l'exagération des mouvements de l'estomac, qui doit se contracter et réagir sur les matières qui le distendent pour en provoquer l'expulsion; et peut-être aussi, dans la contraction des fibres longitudinales de l'œsophage nécessaire pour dilater le cardia qui, on le sait, reste sans cela fermé même sous de fortes pressions de gaz contenues dans l'estomac. Quant aux mouvements, péristaltiques de l'œsophage et du pharynx, nous ne serions pas éloignés de croire qu'ils existent; car nous avons observé qu'il s'écoulait un espace de temps faible, mais appréciable, entre les phénomènes apparents indiqués ci-dessus et l'arrivée des aliments dans la bouche. Cela nous fait penser que ces aliments ne sont pas rejetés violemment en masse, ce qui s'explique bien par la faiblesse des forces mises en jeu, mais qu'ils cheminent plus lentement, grâce aux mouvements du canal œsophagien.

Nous avons exposé longuement diverses théories cherchant

à expliquer le mécanisme de la rumination; il nous reste à examiner maintenant ce qui va se passer une fois que les aliments sont revenus dans la bouche. L'observation suivante nous donnera, à ce sujet, de nombreux renseignements :

OBSERVATION XXX. — *Idiotie : hérédité (grand'mère, grand'tante et cousine aliénées.— Mère migraineuse. — Grand'mère maternelle hystérique. Mérycisme : Altérations considérables du système dentaire. — Voracité. — Troubles de la mastication.— Description du mérycisme. — Pas de troubles digestifs.— Santé générale bonne. — Idiot grimpeur.* Albert Gren..., est né à Paris le 2 juin 1867, entré à Bicêtre le 2 août 1876. (Service de M. BOURNEVILLE.)

*Antécédents. (Renseignements fournis par sa mère,* 9 décembre 1880). *Père,* quarante ans, marié à vingt-cinq ans et demi, sobre, calme, n'a jamais fait de maladies; pas de migraines, taille petite. [ *Père,* mort il y a longtemps, on ne sait de quoi; ne buvait pas.— *Mère,* bien portante, pas de migraine, ni d'attaques de nerfs. Elle était enceinte du père de notre malade avant d'être mariée et l'abandon de son amant la rendit comme folle pendant quelques semaines, mais elle ne fut pas enfermée. — Une *tante maternelle* a été *folle.* — Une *cousine germaine,* devenue *folle* à la suite d'une grossesse, a été enfermée à Sainte-Anne en 1879. — Un *cousin germain, aliéné,* a été à Sainte-Anne en 1878 : il a eu aussi la syphilis. — Pas de suicides, ni de criminels, ni de difformes.]

*Mère :* trente-sept ans, couturière, bien portante, de taille moyenne. Elle a, depuis deux ans, des *migraines* fréquentes, surtout avant ou après les règles, accompagnées parfois de vomissements, de bourdonnements d'oreille, de vertiges, et la forçant à garder le lit pendant deux jours. Elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs, ni de maladies graves. [*Père,* mort par accident, *buvait* beaucoup, n'a jamais eu de troubles nerveux. — *Mère :* cinquante-six ans, concierge, bien portante; d'un caractère irritable, aurait eu une vingtaine de fois environ, à la suite de contrariétés, des attaques de nerfs durant de cinq minutes à une heure; pas de migraines. — Pas d'aliénés, etc., dans la famille.] Pas de mérycoles ni du côté du père, ni du côté de la mère. — *Pas de consanguinité.*

Deux enfants : 1° notre *malade* ; 2° une *fille,* bien conformée, morte à treize jours, en nourrice, de *convulsions.*

*Notre malade.— Grossesse* bonne; durant son cours, pas d'alcoolisme, pas d'émotions vives, pas de traumatismes. — *Accouchement* à terme, lent (quatorze heures): la tête resta longtemps au passage et l'enfant était tout noir en venant au monde; la tête était très développée.— Il fut nourri au sein par sa mère jusqu'à quatorze mois. A cette époque, il commença à marcher et ses premières dents parurent, la dentition était complète à deux ans; pour le

reste, il était très en retard : à trois ans, il ne disait que : « papa, maman », et quelques monosyllabes. Seulement on ne s'en inquiétait pas parce que le père avait lui-même parlé très tard. A trois ans et demi, il fut atteint d'une *hydropisie* qui envahit les mains, les pieds, les jambes, l'abdomen : il fut soigné par M. Triboulet; il n'avait pas eu la scarlatine. Cette maladie dura trois mois et demi, plus deux mois et demi de convalescence. Avant cette maladie, il était gai, caressant, intelligent : après, l'intelligence disparut de plus en plus. A quatre ou cinq ans, il avait, par moments, des *crises* (trois ou quatre par jour) dans lesquelles il se cognait la tête contre les murs, ou se jetait par terre.

Le *mérycisme* fut observé pour la première fois à l'âge de quatre ans et demi. A l'origine, la rumination ne se produisait que lorsque Gr... était en colère, peu à peu elle devint constante et suivit chaque repas. C'était les aliments solides qui étaient ruminés. Gr... était très vorace, mangeait avidement avec ses mains de tous les aliments et les avalait de suite *sans mâcher*. Pas de salacité, jamais de vomissements ; selles quotidiennes, diarrhée rare; gâtisme; Gr... n'a, d'ailleurs, jamais été propre. Il n'a jamais eu de convulsions, de croûtes, de glandes, de dartres, d'opthalmies, etc. *Sommeil* bon.

Il a la manie de *grimper* partout où il trouve une issue ; il ne vole pas, sauf les gâteaux et les poupées : il aime beaucoup la rue, la musique, et tout ce qui tourne, les roues de voitures, les tourniquets. Actuellement encore on lui apporte des jouets qui tournent.

*État actuel* (août 1882). — *Tête*, petite; voûte du crâne un peu irrégulière. Du côté gauche, on sent, à l'union du frontal avec le pariétal, une dépression allongée transversalement. En arrière l'asymétrie est plus prononcée, la bosse occipitale gauche est à peine sensible, tandis que la droite est très saillante. Front bas, les bosses frontales ne font pas de saillie, les arcades sourcilières sont peu marquées : circonférence de la base, 51 centim.; diamètre antéro-postérieur (compas Budin), 17,3, diamètre bi-temporal, 14,3; diamètre bi-pariétal, 14,6. Pas d'asymétrie de la face. Regard vague; iris gris brun, pupilles normalement dilatées, égales et contractiles. *Pas de strabisme* ni de conjonctivite. *Nez* court, écrasé. *Bouche*, très grande, lèvres très épaisses, saillantes et renversées en dehors, surtout l'inférieure. — Voûte palatine régulière, symétrique, assez profonde; voile du palais, luette, piliers, amygdales réguliers. *Maxillaire supérieur* régulier et symétrique. Les deux incisives médianes, cariées jusqu'à la gencive, font défaut, ainsi que les deux grosses molaires gauches, la première petite molaire droite et la première grosse molaire du même côté. La deuxième grosse molaire gauche et la deuxième petite molaire droite sont cariées au sommet de la couronne.

*Maxillaire inférieur* régulier et symétrique. La première petite

molaire et la première grosse molaire manquent à droite et à gauche. La deuxième petite molaire gauche est gâtée à la couronne. Les dents qui restent sont bien rangées, l'articulation est normale.

*Oreilles* grandes, très détachées de la tête, bien ourlées; lobule semi-adhérent.

*Cou* court. — *Thorax* bien conformé pas de déviation du rachis. L'abdomen ne présente pas un développement exagéré.

Les *membres supérieurs*, bien conformés, sont courts. Les doigts sont aussi très courts: les ongles sont complètement rongés à cause de la succion continuelle, et l'épiderme est comme macéré. Les *membres inférieurs*, bien conformés, ne présentent aucune trace de rachitisme ni de scrofule; orteils courts, voûte plantaire normale.

*Organes génitaux* : Verge petite; prépuce très long formant un phimosis. On ne sent pas les testicules dans le scrotum; rien à l'anus. Onanisme fréquent.

*Cheveux* et sourcils châtains; absence de poils aux aisselles, aux jambes, au pubis. Pas de cicatrices. — Un petit *nævus* du côté gauche au-dessous des fausses côtes, et deux autres aux extrémités du bord interne de l'omoplate du côté droit.

Rien dans les poumons ni au cœur. — Langue nette. Abdomen souple, foie et rate normaux ; pas de dilatation stomacale; selles régulières sans constipation ni diarrhée, rumination, gâtisme.

La *sensibilité générale* est conservée, mais les sensations sont perçues assez lentement. Les *sens spéciaux*, surtout l'odorat, sont assez obtus. *Taille*, 1 mètre 20; *poids*, 26 kil. 200.

Gr.. aime toujours la musique, les roues et les voitures où il essaye de grimper. Il n'est pas coléreux, ne se bat pas avec ses camarades; paraît assez craintif, *et a surtout peur des chiens et des chats*. — Il a souvent des *accès de cris*, qui durent de quinze à trente minutes, à la suite desquels, il se roule par terre et se cogne la tête. Pas de grincement de dents, pas de balancement; il ne bave pas, mais suce continuellement ses doigts. Il sait se déshabiller, mais ne peut s'habiller ni se laver seul, il a l'habitude, en se couchant, de défaire complètement son lit et de jeter les oreillers par terre; il veut aussi avoir toujours les bras nus, et il retrousse continuellement ses manches jusqu'au-dessus du coude.— *Parole* nulle. Gr... reconnaît sa mère; quand il l'aperçoit, il va au-devant d'elle, la prend par la main, la fait asseoir et s'empare du sac qu'elle apporte pour regarder dedans. — Onanisme fréquent et devant n'importe qui; il paraît cependant comprendre qu'il fait mal, mais éclate de rire lorsqu'on le gronde.

Il est très gourmand : quand les aliments arrivent au réfectoire, il va toujours soulever les couvercles et flairer les plats. Si cela lui convient, il retourne à sa place en sautant; si, au contraire, les

aliments lui déplaisent, il crie et tape contre les murs ou trépigne. Si quelque chose lui plaît à table, et que son assiette soit vide ou qu'on serve les autres avant lui, il pousse des cris épouvantables.

Il mange à peu près de tout ; cependant il a des préférences marquées pour les viandes rôties, les *pommes de terre* et le macaroni ; en général, il ne mange pas beaucoup de légumes, surtout les choux, les petits pois, les carottes ; il refuse absolument les *œufs* et le *riz au lait*. Il n'aime pas beaucoup le vin.

Il mange seul, la plupart du temps avec ses doigts ; pourtant on a obtenu qu'il emploie aussi quelquefois la cuiller. La première chose qu'il fait, une fois servi, est de casser son pain en plusieurs morceaux qu'il met dans son assiette avec la viande. Généralement il commence par manger la viande, à moins qu'il n'y ait des pommes de terre avec elle, et garde le pain pour la fin du repas. Il est excessivement *vorace* ; le plus souvent, il avale des bouchées *absolument intactes*, en mettant quatre ou cinq dans sa bouche à la fois. Nous l'avons vu ainsi manger *deux côtelettes* en l'espace d'*une* minute. Quelquefois cependant, mais rarement, il semble faire des mouvements de mastication ; mais, même dans ce cas, elle est tout à fait insuffisante, et l'on s'aperçoit lorsque les aliments remontent ensuite, qu'ils n'ont pas été triturés le moins du monde. Lorsqu'il a vidé son assiette, il va prendre avec ses doigts la *viande* de ses voisins surtout lorsque c'est un de ses mets favoris. Jamais il ne vole les légumes. Il ne mange son pain qu'en dernier lieu et paraît le mastiquer plus longtemps que la viande. Il ne *boit pas du tout* pendant le repas, ni à la fin et même lorsqu'on le fait boire, il détourne le plus souvent la tête, ou n'*avale qu'une gorgée* en faisant la grimace. Il préfère tremper dans son vin des morceaux de pain, ou même des aliments, barbotter dedans avec ses mains et jeter le tout ensuite dans son assiette ou surtout sur la table. Il ne manque jamais de se livrer à cet exercice, si on laisse son gobelet à sa portée. Lorsqu'il a fini son repas, ce qui, en général, ne demande que quelques minutes, il se lève quelquefois, erre de côté et d'autre, sous les tables et ramasse des croûtons qu'il avale ; mais, le plus souvent, il reste sur sa chaise, et attend tranquillement le moment de la rumination, en suçant toujours ses doigts.

La *rumination* se produit au bout d'un temps assez variable, quelquefois cinq minutes, d'autres fois une heure et plus après le repas. Elle arrive plus rapidement lorsque le repas s'est composé des mets favoris de l'enfant ; en moyenne, il faut compter vingt minutes avant le retour des aliments. Il est évident pour nous que le malade sent arriver le moment où la régurgitation va se produire ; car alors il cesse de têter ses doigts, se recueille, penche la tête sur le sternum ; puis il la porte en avant, allonge le cou et fait un appel d'air qu'il introduit évidemment dans l'estomac, car on voit fort bien le mouvement de déglutition : il provoque ainsi

*toujours* une éructation très sonore, immédiatement suivie d'une seconde, accompagnant les aliments qui remontent alors en produisant un bruit de gargouillement. Ajoutons qu'entre ces deux éructations, il avait légèrement contracté la paroi abdominale (tension des droits antérieurs, dépression des fosses iliaques) ; le thorax restant d'ailleurs absolument immobile. Tous ces faits se passent presqu'instantanément, en quelques secondes, et l'on ne peut guère les observer qu'en s'y prenant à plusieurs reprises. Notons encore que jamais nous n'avons remarqué de nausées, ni aucun phénomène d'effort ; la face reste la même, et la respiration ne subit pas de modifications appréciables ni dans son rythme, ni dans sa fréquence.

Les aliments remontent alors dans la bouche, non pas en masse, mais plutôt, croyons-nous, d'une façon successive. Car, à ce moment, l'enfant penche le thorax en avant en tendant le cou, gonfle les joues, ferme les yeux et la bouche, devant laquelle il met même souvent sa main, et il se passe un temps appréciable, pendant lequel on entend distinctement le bouillonnement des aliments qui remontent, avant que la bouche soit ouverte et que la mastication commence. Ce temps doit correspondre au trajet du bol alimentaire depuis le cardia jusque dans la cavité buccale.

Une fois tout le bol alimentaire revenu dans la bouche, Gr... se renverse sur sa chaise, gesticule, tape des mains, rit aux éclats. Puis la mastication commence : elle est généralement assez longue, surtout pour les premières bouchées, et dure quelquefois quatre à cinq minutes pour la même. Les bouchées qui remontent les dernières sont à peine mastiquées et sont, pour ainsi dire, ravalées de suite. Pendant ce temps, l'enfant manifeste le plus grand plaisir, et il interrompt même souvent la mastication par un rire prolongé. Pas de mouvements de latéralité de la mâchoire. Une fois mâchés suffisamment, les aliments reprennent le chemin de l'estomac et une nouvelle bouchée ne tarde pas à remonter.

Le bol alimentaire qui remonte ainsi comprend généralement dans sa composition une partie de tous les aliments qui ont formé le repas; cependant ce sont toujours les viandes qui dominent, le pain et les légumes sont en moindre quantité. Cela est très facile à constater, du moins au début, car, à la fin de la rumination, l'aspect de la masse alimentaire qui remonte rend toute distinction impossible.

Cet aspect change, en effet, à mesure que la rumination s'avance. Les premières bouchées se composent de matières presqu'intactes et ne portant aucune trace de mastication antérieure. A mesure que la rumination se fait, ces matières primitivement solides ne remontent plus dans la bouche qu'à l'état de hachis et plus tard se présentent enfin sous l'aspect d'une pâte chymeuse.

Les intervalles des gorgées varient aussi suivant le moment de

la rumination. Au début, Gr..., après avoir mâché très longtemps les aliments revenus dans sa bouche, finit par les avaler de nouveau. Puis immédiatement il provoque une éructation et la gorgée suivante remonte de suite sans intervalle appréciable. Au contraire, à mesure que la rumination tire à sa fin, les gorgées s'espacent de plus en plus et les dernières sont quelquefois séparées par un intervalle d'une demi-heure. En même temps nous avons remarqué que la durée de la mastication était abrégée pour chaque bouchée et que les dernières étaient avalées presque de suite après deux ou trois mouvements des mâchoires. D'un autre côté, les efforts des muscles abdominaux, déjà faibles au début, sont encore moins appréciables à la fin de la rumination et passent souvent même inaperçus; les éructations manquent aussi souvent à cette période.

La *durée* de la rumination ainsi que le *nombre des gorgées* est très variable. Parfois, le nombre des gorgées peut arriver à la trentaine et la rumination durer d'un repas à l'autre. D'autres fois il n'y a que deux ou trois régurgitations et, au bout d'une demi-heure, tout est fini. Nous avons observé que la durée la plus habituelle de la rumination était de *une heure et demie à deux heures* et le nombre des gorgées de douze à quinze. Cette différence de durée de rumination peut tenir à une foule de causes, et nous avons vu que, chez le sujet actuel, la rumination était plus lente à se produire et durait moins longtemps, si l'on contrariait l'enfant, si on changeait ses habitudes, si on lui donnait à manger des mets dont il était peu friand ou s'il était indisposé.

La rumination suit tous les repas, aussi bien le déjeuner que le dîner, et se présente toujours sous le même aspect. Sa durée ne subit pas non plus de modifications sensibles. Après la soupe du matin, l'enfant rumine encore le plus souvent; mais alors il n'y a guère que deux ou trois gorgées qui remontent. La rumination est, dans le cas actuel, un fait habituel et il est rare qu'elle manque après un repas. Pourtant, depuis un an, ce fait, jadis inconnu, se présente quelquefois.

Toutes les substances ingérées sont ruminées. Néanmoins il en est quelques-unes dont l'ingestion semble favoriser et prolonger la rumination. Ce sont, d'ordinaire, les substances solides, les viandes, surtout les *viandes* rôties, et, parmi les légumes, les pommes de terre : nous avons dit plus haut que c'était là les mets favoris de G... Les soupes sont ruminées aussi, mais d'autant plus facilement qu'elles sont plus épaisses; et il arrive souvent que les potages liquides ne sont pas ruminés. Dans tous les cas, ces aliments sont *ruminés de suite* et ne remontent plus après l'ingestion des autres substances qui composent le repas. Parmi les liquides, c'est le lait qui remonte le plus facilement; les boissons en général ne sont pas ruminées, d'ailleurs l'enfant souvent ne boit pas. Cependant lorsque

les liquides sont *ingérés en grande quantité* et *coup sur coup*, ils reviennent presqu'*immédiatement* dans la bouche; ou bien même sont rejetés instantanément dans le gobelet, puis ravalés de nouveau.

La rumination s'exécute aussi bien dans la *position assise* que dans la *station debout*. Le *décubitus dorsal* la suspend un moment; mais elle ne tarde pas à reprendre comme auparavant. Il se produit aussi quelquefois une suspension momentanée, lorsqu'on cherche à distraire l'enfant et à occuper son attention. Dans tous les cas, la rumination se fait avec plaisir et chaque régurgitation est généralement suivie d'un accès de rire bruyant. *Jamais l'enfant n'a de vomissements* et ne rejette ses aliments. Il arrive parfois qu'il prend dans la main la bouchée qui vient de remonter : il fait alors un espèce de triage avec ses doigts, jette ce qui lui déplaît, par exemple les tendons... mais remet dans sa bouche le reste qu'il mâche et avale ensuite.

Ajoutons, pour terminer, que l'enfant ne souffre nullement du mérycisme, que la santé générale est excellente et que son *poids* a augmenté de 2 kil. 300 de juillet 1881 à juillet 1883, et la taille de 11 centimètres.

La *pepsine*, administrée d'abord à la dose de 50 centig., puis de 75 avant chaque repas n'a pas produit de modifications sensible sur le mérycisme. Le premier jour, il ne s'est produit ni le matin ni le soir; le deuxième jour, il a manqué aussi le matin; et l'enfant n'a ruminé le soir que deux gorgées après sa soupe, rien après le repas. Le troisième jour, il n'a ruminé que deux fois le matin, une heure après le repas; le soir, il n'a pas ruminé. Le jour suivant, le mérycisme a repris comme d'habitude et n'a plus présenté aucune modification.

Sans insister dans cette observation sur les caractères particuliers de l'idiotie, l'hérédité, etc., nous signalerions l'*état de délâbrement* du système dentaire qui n'est pas sans doute sans influer beaucoup sur la production du mérycisme par suite des *troubles de mastication* qui en résultent; puis la *voracité*, très marquée chez Gr... D'ailleurs, cet enfant étant un type parfait de mérycole, on trouve, nettement indiqués chez lui, les phénomènes qui peuvent servir à expliquer le mécanisme de l'acte en même temps que la description de l'acte lui-même. La plupart de ces faits se retrouvent dans les observations précédentes, ainsi que dans celle que nous allons rapporter.

Observation XXXI. — *Idiotie*; *épilepsie*. — *Mérycisme*; *voracité*.— *Influence des accès épileptiques sur le mérycisme*.—*Santé générale bonne*. — Juven.. (Ferdinand-Albert-Philippe), né à Paris le 2 juillet 1872,

est entré le 20 octobre 1877 à Bicêtre. (Service de M. Bourneville.)

*Antécédents.—Renseignements fournis par le père* (24 octobre 1879). — *Père*, quarante et un ans, forgeron, vigoureux et bien portant; pas d'excès de boisson, aurait eu à dix-huit ans « un coup de sang » et le « sang brûlé ». Pas de syphilis. [*Père*, soixante-dix-huit ans, receveur d'octroi, bien portant. Pas de maladies nerveuses, excès de boisson. — *Mère*, morte subitement à cinquante-neuf ans de la rupture d'un anévrisme : « C'était une femme bien sage. » Aucun antécédent nerveux. Deux *frères* bien portants, mariés, ont quatre et sept enfants tous bien portants, n'ayant jamais eu de convulsions.]

*Mère*, quarante-deux ans, lingère, intelligente, assez forte, asthmatique, facilement irritable; elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs.—Pas de névralgies, de migraines; variole grave en 1870. Pas de dermatoses. [*Père*, mort d'une inflammation d'intestin : aucun excès, pas de maladies nerveuses. — *Mère*, bien portante, intelligente, pas de maladies nerveuses. Trois *sœurs* bien portantes ont des enfants très bien constitués : un seul, âgé de sept ans, a une tête très grosse, mais est intelligent : il louche et a eu des *convulsions*. Un cousin germain est mort fou à l'asile de Nantes.]

Pas de consanguinité.

Deux enfants : 1° notre malade; 2° une fille, bien constituée, morte à cinq semaines d'une diarrhée cholériforme.

*Notre malade*. Pendant la *grossesse*, à cinq mois, la mère a eu une *peur* si violente qu'elle s'est trouvée mal sur le coup et n'a repris ses sens qu'au bout d'un quart d'heure. *Accouchement* à terme, facile; élevé au sein par sa mère jusqu'à ving-six mois. Rougeole à quatre mois; vacciné, pas de variole. — A trois ans, contusion violente de la tête à la suite d'une chute; croup à cinq ans. — A sept semaines, on a remarqué des petites *secousses* dans les bras avec des *crispations* dans les mains et des mouvements dans les yeux. Il fut soigné pendant cinq ans par le bromure de potassium; les *accès* sont allés en augmentant jusqu'à l'entrée. Le minimun des accès en vingt-quatre heures était de sept à huit, et le maximun de trente. A un moment, il y eut une période de trois mois qui se passa sans accès et pendant laquelle il maigrit beaucoup. Les accès sont diurnes et nocturnes; pas d'étourdissements. Juv... n'a jamais prévenu.

Il n'a marché qu'à quatre ans, n'a jamais parlé, a toujours gâté. Pas d'ophthalmies, d'abcès, de dartres, de croûtes dans les cheveux; un abcès sur le côté droit du cou dont la cicatrice reste visible. *Onanisme* fréquent: on était obligé de lui attacher les bras.

Il a commencé à *ruminer* à dix mois, après avoir mangé ou bu. Il avalait ses aliments de suite, gloutonnement; pas de salacité. On n'avait jamais vu de ruminants dans la famille.

*Etat actuel* (août 1882).— *Tête* très volumineuse, développée dans sa partie postérieure, saillie très prononcée de l'occipital au niveau de la protubérance. La calotte crânienne est plate et semble taillée suivant un plan incliné de droite à gauche. *Front* bas et étroit; bosses frontales saillantes; au-dessous d'elles, dépression assez marquée. Pas de saillie des arcades sourcilières : la partie gauche du front paraît un peu plus déprimée que la droite . Circonférence de la base, 50 centimètres; d'une oreille à l'autre, 30 ; diamètre antéro-postérieur (compas Budin), 16,3 ; diamètre bi-pariétal, 14,2; diamètre bi-temporal ; 12. *Face* ronde, symétrique. *Yeux* : iris gris brun, pupilles normales, égales et contractiles, pas de strabisme, ni de conjontivites.— *Nez* petit; *bouche* moyenne, lèvres peu épaisses. Voûte palatine assez large, profonde, symétrique ; voile du palais, amygdales, luette, piliers réguliers et symétriques. *Maxillaire supérieur*, régulier et symétrique. Les deux incisives médianes sont larges et dentelées : la canine droite, la canine gauche et la première molaire gauche manquent. Les deux petites molaires droites sont cariées jusqu'à la gencive. — *Maxillaire inférieur*, régulier et symétrique : la deuxième molaire gauche est détruite.

*Oreilles* grandes, séparées de la tête, bien ourlées; lobule détaché.

*Cou* court : cicatrice d'abcès ganglionnaire sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien gauche; pas de glandes.

*Thorax* bien conformé, colonne vertébrale rectiligne. *Abdomen* souple, sans développement exagéré.

*Membres supérieurs* bien conformés, assez gros; doigts longs.

*Membres inférieurs.* — Pas de traces de rachitisme, rectilignes, assez musclés; doigts longs; voûte plantaire normale. — *Organes génitaux.* Testicules descendus; verge normale; prépuce long, sans phimosis. Pas de poils au pubis. — *Peau.* Cheveux châtain foncé très abondants; sourcils, cils longs et fournis. Pas de poils aux aisselles, au pubis, ni sur les membres. Pas de ganglions au cou, aux aisselles, ni aux aînes.

*Sensibilité* générale intacte; sens spéciaux obtus.— Rien au *cœur* ni aux *poumons*.— Langue bonne; appétit conservé; *rumination.* — *Selles normales*, *pas de vomissements*, pas de dilatation stomacale. — *Foie* et *rate* normaux. — *Poids*, 23 kil. 600; *taille*, 1 mètre 16.

Cet enfant marche très bien, grimpe partout, mais ne sait pas descendre les escaliers. Il est toujours en mouvement, court après les feuilles, tourne dans les cours en secouant ses mains, ou en les tapotant l'une contre l'autre et en poussant de petits cris : « Euh! euh! » ou en souflant! Lorsqu'il aperçoit une porte ouverte il sort sans savoir où il va aller et sans idée du danger, s'il y en a. Il aime à clapoter dans l'eau et à pousser les cailloux avec ses pieds. Parfois colère, surtout quand on le débarbouille, quand on lui coupe les cheveux. Bave, balancement, suce rarement ses doigts;

a plutôt l'habitude de les mettre dans ses oreilles. Il est vorace, gourmand et voleur; pas de salacité; gâtisme; onanisme persis-

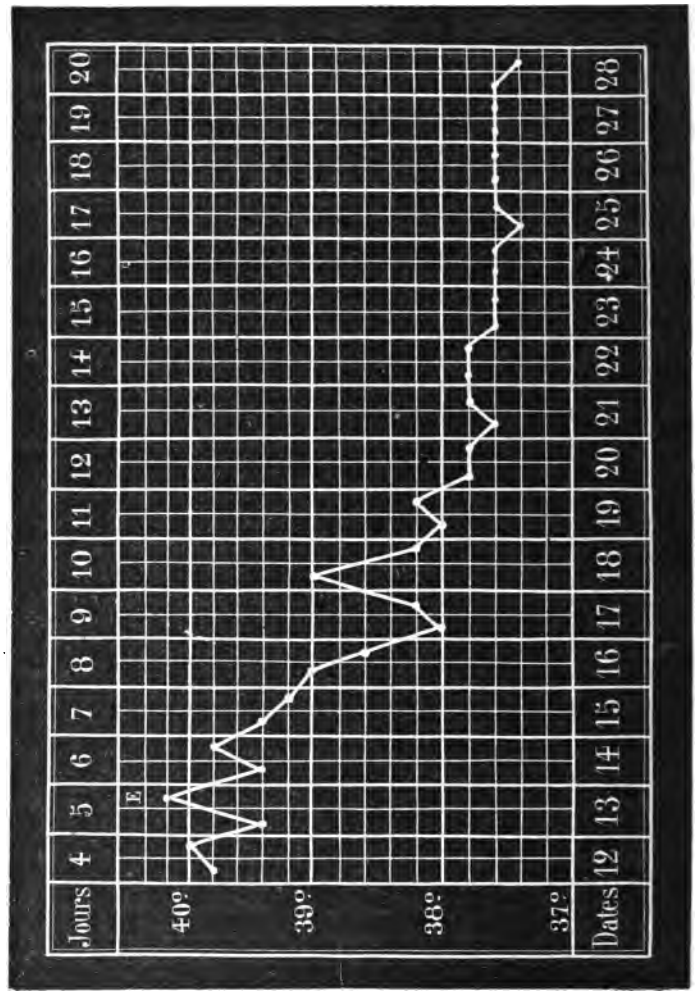



*Fig.* 7.

tant. Il ne sait ni se laver, ni s'habiller, ni se déshabiller. *Parole* nulle: ne dit que « papa, maman ». Il ne comprend rien et ne fait

même aucun signe. Il reconnaît maintenant son père et sa mère, ce qu'il ne faisait pas à l'entrée. Il est caressant, et paraît affectionner d'une façon particulière l'enfant Perrin qui s'occupe un peu de lui. Il est impossible de fixer son attention.

L'*épilepsie* se traduit chez lui par des *accès* et des *vertiges* : en 1880 il a eu 132 accès et 45 vertiges ; en 1881, 286 accès et 512 vertiges, en 1882, 259 accès et 52 vertiges jusqu'au mois d'août. Il a eu, en janvier 1881, une *rougeole* qui a duré six semaines et pendant laquelle il n'a eu aucune manifestation épileptique. (Voir *Progrès médical*, 2 septempre 1882, p. 663.) (*Fig.* 7) [1].

*Description des accès* [2]. Chez cet enfant, les grands accès eux-mêmes n'ont jamais une grande intensité. Le plus ordinairement, il pousse un cri, penche le dos en arrière, tend la tête et les bras en avant; les pieds et les mains sont dans l'extension et la rotation en dedans. En même temps les globes oculaires sont tournés en haut et la bouche est largement ouverte. (Période tonique.) Petites secousses tétaniformes dans les membres, mais surtout dans les paupières; puis secousses cloniques généralement de peu d'étendue et de durée : elles sont quelquefois moins prononcées à droite. Ronflement, bave sanguinolente, émission d'urine; sommeil. Les accès se produisent surtout après les repas.

J... ne sait pas manger seul. Il est *très vorace*. Sitôt que son repas est devant lui, il se saisit du pain qu'il se met à manger tout d'abord; puis il prend les autres aliments à pleine main, même les bouillies, et les porte à sa bouche en en laissant tomber la plus grande partie. Lorsqu'on le fait manger, il avale la plupart des aliments de suite, *sans les mâcher*. Parfois quelques bouchées ne sont avalés qu'après des efforts de mastication. Pendant tout le temps du repas, il ne cesse de gratter la table avec les ongles. Il ne manifeste pas de répugnance pour les liquides; néanmoins, la plupart du temps il boit peu, et finit à peine sa portion de vin. Il lui arrive souvent de prendre avec sa main ce qui se toruve dans l'assiette des voisins ; mais ces emprunts sont toujours faits *au hasard* et sans distinction d'aucun mets, différent en cela de Gr... qui, lui, ne vole jamais que la viande. Il n'a de préférence pour aucun aliment.

Cet enfant, qui d'ailleurs est toujours très remuant, n'a pas plutôt fini ses repas qu'il se met à courir de tous côtés en tapant dans

[1] Voir aussi : Bourneville et Bonnaire. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*, compte rendu du service pendant 1881, p. 97.

[2] Comme le lecteur l'a sans doute remarqué, nous continuons à donner dans nos observations la *description des accès*, afin d'arriver bientôt à donner au tableau aussi exact que possible des diverses variétés d'accès épileptiques.

ses mains et en poussant ses cris habituels. Il ne reste assis que si on le place sur une chaise basse : mais, même dans ce cas, il se balance la plupart du temps en soufflant bruyamment et en agitant ses mains. Lorsqu'il reste par hasard tranquille, il se penche en avant, met l'index de chaque main dans l'oreille correspondante et demeure ainsi quelques minutes, puis reprend son balancement. Il ne suce ses doigts que très rarement; il ne cesse de baver.

La rumination met toujours un certain temps avant de se produire et ce n'est, en général, que 35 ou 40 minutes en moyenne après le repas que la première régurgitation se produit. A ce moment, il allonge le cou, penche un peu la tête, *provoque une éructation*, qui est suivie du rejet des aliments qui remontent *avec bruit* dans la bouche. Ces phénomènes sont constants. Chez cet enfant les efforts sont encore moins exigeants que chez Gr... et même en l'observant avec attention et à plusieurs reprises nous n'avons noté ni grande inspiration, ni mouvements du thorax, mais seulement *parfois une légère ondulation de la paroi abdominale*. La respiration est régulière, le visage reste le même et l'enfant interrompt à peine son balancement ou sa promenade. Parfois il demeure quelques secondes la tête penchée en avant, les joues gonflées, semblant attendre que toute la gorgée soit revenue. Alors il la retourne dans sa bouche comme s'il se gargarisait, fait à *peine trois ou quatre mouvements de mastication* et la ravale de suite. Pas de mouvements de latéralité.

Il nous a été impossible de reconnaître ici l'ordre de retour des aliments et leur état au commencement et à la fin de la rumination. Cet acte s'accomplissait toujours la bouche fermée et à chaque tentative que nous avons faite pour l'ouvrir, J... avalait précipitamment ce qu'il avait dans la bouche, de telle sorte que nos efforts sont restés infructueux.

Au début de la *rumination*, les gorgées ne sont guère séparées que par un intervalle d'une minute; mais, à mesure qu'elle s'avance, *cet intervalle augmente*, et peut, à la fin, atteindre trente minutes et plus. A ce moment, il est impossible de saisir la moindre trace d'effort; d'un autre côté, la mastication, toujours peu longue même au début, ne se fait plus et les bouchées sont ravalées instantanément.

Il est assez difficile, dans le cas actuel, d'être fixé sur la durée précise de la rumination et le nombre des gorgées. En effet, Juv... a très souvent, après ses repas, des accès épileptiques qui interrompent toujours la rumination et l'empêchent même de se manifester lorsqu'elle n'est pas commencée. Lorsque ce contre-temps ne se produit pas, nous avons observé que la moyenne des gorgées était de douze à quinze et que la durée de la rumination variait le plus souvent entre une heure et demie et deux heures.

La rumination suit aussi bien le dîner que le déjeuner et se présente toujours sous le même aspect. Cependant il arrive assez souvent que, même en dehors des accès d'épilepsie, l'enfant ne rumine pas après un repas, qui alors est toujours celui du soir; d'autres fois, mais plus rarement, la rumination manque toute une journée. Ce fait ne s'est montré que cette année.

Toutes les substances ingérées sont également ruminées; cependant ce sont toujours les matières solides qui le sont le plus. Les liquides ou les potages ne le sont pas constamment, et, s'ils reviennent, ce n'est qu'un petit nombre de fois et de suite, après leur ingestion, avant que l'enfant n'ait pris le reste de son repas. La rumination ne paraît provoquer aucun dégoût. Juv. . . rumine également bien, assis ou debout. Le décubitus dorsal ne fait que suspendre momentanément les régurgitations. Jamais les aliments ne sont rejetés au dehors.

Le mérycisme semble être ici un acte physiologique : l'enfant a belle apparence, sa santé est bonne; son poids a augmenté de 400 gr. depuis le mois de janvier 1882 et sa taille de 0 centimètres.

La *pepsine*, à la dose de 50 centig., puis 75 avant chaque repas, n'a donné aucun résultat.

Nous noterons encore, dans ce cas, un fait que nous avons déjà signalé dans le précédent: le mauvais état des dents. D'un autre côté, la voracité, ainsi que tous les autres caractères de la rumination, se retrouvent ici, moins marqués, il est vrai, que chez Gr... mais cependant très évidents.

Les aliments, une fois revenus dans la bouche, sont soumis à une *seconde mastication*, généralement longue et consciencieuse. A ce propos, Burgower avait signalé chez les mérycoles des mouvements de latéralité de la mâchoire. On ne les a notés nulle part et nous ne les avons pas observés chez nos idiots. Quoiqu'il en soit, cette seconde mastication, complète au début de la rumination, est moins longue à mesure que l'acte s'avance et les dernières bouchées sont presque avalées de suite après leur régurgitation. Cela peut s'expliquer assez facilement si l'on considère l'*état* des aliments qui remontent au commencement et à la fin de la rumination. Dans le premier cas, en effet, ils reviennent presque intacts; c'est alors qu'intervient énergiquement la mastication; plus tard ils ne se présentent plus que sous l'aspect de hachis ou même de pâte (Obs. XXI, XXVI, XXVII, XXX) et l'on conçoit dès lors qu'ils nécessitent bien moins le secours des dents.

Quant au *mode de retour des aliments*, le résultat de nos

recherches ne concorde pas avec ce que nous trouvons dans les OBSERVATIONS VI, VII, XVII où il est dit que les aliments reviennent dans l'ordre où ils ont été ingérés. Nous avons toujours vu les aliments ingérés, du moins les solides, entrer tous à la fois dans chaque gorgée; quant aux liquides, s'ils remontaient, c'était de suite après l'ingestion, à condition, toutefois, que le malade ne mangeât plus rien après.

L'*intervalle qui sépare les gorgées* varie aussi aux différents moments de l'acte. Presqu'insensible au début, il va toujours en augmentant à mesure que la rumination progresse. Rosseir avait signalé cette particularité (OBSERVATION XXVI).

(*La fin au prochain numéro*).

---

# REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

---

XV. LES TROUBLES DE LA VUE D'ORIGINE CÉRÉBRALE CHEZ LES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX ; par CARL STENGER. (*Archiv. f. Psych. u. Nervenk.*, XIII, 1.)

Sous ce titre, l'auteur étudie d'abord la *cécité psychique* caractérisée par ce fait que les individus voient sans reconnaître les objets, sans en comprendre l'usage; la notion de ces derniers ne leur revient qu'au fur et à mesure qu'ils en prennent connaissance à l'aide des autres sens. Les lésions, consécutives aux attaques congestives, portaient, soit, comme dans les expériences de Munk, sur le lobe occipital exclusivement (obs. I), soit sur le lobe temporo-occipital (obs. II). L'ensemble des attaques dont chacune était invariablement suivie dans l'espèce des mêmes phénomènes finit par amener *l'amaurose cérébrale ou cécité corticale* (obs. IV et V); à ce moment, la perception est abolie, M. Stenger tend à admettre que le lobe occipital renferme deux centres : l'un situé à la pointe et correspondant à la zone $A^1$ de Munk présiderait aux conceptions que font naître les impressions visuelles, aux images qu'elles déposent dans l'écorce (images du souvenir); sa destruction entraînerait la la cécite psychique. L'autre plus étendu aurait pour fonction de percevoir; son anéantissement expliquerait la cécité corticale totale;

il reste au surplus indéterminé [1]. Au lobe occipital serait également dévolu l'*hémianopsie* croisée (obs. VI et VII), seulement les couches optiques, les tubercules mamillaires et le lobe pariétal participaient aussi dans ces faits aux altérations. — En terminant, le clinicien fait remarquer les *hallucinations de la vue* généralement bilatérales comme les autres manifestations, survenues avant ou après les attaques congestives tant pendant la cécité psychique qu'au milieu de l'amaurose complète (obs. II, V et VII). P. K.

XVI. Sur l'état de la température dans quelques formes de maladies mentales (*rapproché du centre régulateur de la chaleur*) ; par W. Bechtgrow. (*Archiv. f. Psych. u. Nervenk.*, XIII, 1.)

L'auteur étudie successivement la température dans la mélancolie, la manie, la démence consécutive et l'idiotie. 13 courbes. Il divise la mélancolie eu égard à ses phases thermiques, et, en particulier, la mélancolie avec stupeur en trois périodes : 1° période de début ou d'agitation : T. R. normale ou hypothermie pouvant atteindre 40° ; — 2° stade de profonde dépression ; hypothermie parfois très accusée ; 3° stade de guérison : température normale ou hypothermie au début qui, dans ce cas, est de bon augure (amélioration psychique rapide. Le plus souvent, dans l'espèce, (la température du matin est supérieure à celle du soir (type inverse) mais ceci ne se remarque que lorsque la maladie est à sa phase de parfait développement ou bien pour l'hypothermie du stade de guérison quand elle existe. La température périphérique présente outre un fréquent abaissement de 0,15 à 0,9 des différences locales d'un côté à l'autre qui atteignent quelquefois 1°, 2°, 3°, 4° ; états passagers sous la dépendance de troubles de la circulation cutanée. Ces manifestations, de concert avec la diminution des matières azotées et de l'urée excrétée par l'urine, conduisent M. B... à incriminer des modifications dans la circulation et la crase du sang entraînant des diminutions dans les échanges stachiologiques. L'individu déprimé soumis à un bain tiède perd en effet moins de chaleur qu'un individu sain, c'est-à-dire qu'il en fournit moins. — La manie offre à la période de dépression prodromique une hypothermie qui peut aller à 36,5 ; à la période d'agitation extrême, une hypothermie qui restitue la température normale ; à la période de calme ou d'épuisement une nouvelle hypothermie. Type inverse à la période de complet développement du second stade. Diminution des matériaux constitutifs de l'urine ; c'est donc ici le travail mus-

[1] M. Stenger explique le mécanisme fonctionnel de ces centres par des considérations histologiques qni sont les mêmes que celles déjà consignées dans l'analyse du mémoire de M. Tuczek sur *la disposition de fibres dans l'écorce.* (*Archives de Neurologie.*) P. K.

culaire qui est la source de la production de chaleur. — La démence et l'idiotie présente des irrégularités thermiques irrégulières, inconstantes, dépourvues de type. — Les conditions de la vie des psychopathes étant complètement insuffisantes, comme d'ailleurs les éléments d'ordre extérieur ou somatique, pour expliquer les particularités thermiques, il faut, de concert avec la pathologie expérimentale, admettre les troubles d'un centre régulateur de la chaleur siégeant dans l'écorce. P. K.

XVII. De la conscience de la maladie dans les affections mentales; par Arnold Pick. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.* XIII, 3.)

Après un résumé historique des faits cliniques prouvant que les malades avaient conscience de leurs anomalies psychiques, M. Pick admet que la conscience de la maladie se décompose en sentiment de l'état morbide, et discernement de l'état morbide. Le sentiment de l'état morbide provient de sensations ayant pour point de départ le cerveau; telles la céphalalgie prémonitoire, la sensation de vide, de dilatation, d'ouverture et de fermeture du crâne peuvent bien être en rapport avec des modifications du côté des méninges, du liquide céphalo-rachidien, etc.. Le discernement de l'état morbide procède, lui, du raisonnement; ainsi, en est-il pour les héréditaires qui, par exemple, à l'école, constatent leur médiocrité intellectuelle. La plus grande partie de la conscience de la maladie revient encore au discernement dans la folie systématique hallucinatoire. Il en est autrement pour la folie impulsive. D'ailleurs, le sentiment de la maladie conduit fréquemment au discernement de l'état de maladie (discernement rétrospectif), mais, à coup sûr, ce n'est pas dans l'hypochondrie. La plupart des psychoses témoignent de l'existence de la conscience qui nous occupe ici; aussi, le groupe des folies avec conscience doit-il simplement signifier que, dans ces dernières, la conscience de la maladie est un des phénomènes les plus saillants et les plus constants. P. K.

XVIII. De la réaction des pupilles des aliénés sous l'influence de l'excitation des nerfs sensibles; par C. Moeli. (*Arch. f. Psych. Nervenk.*, XIII, 3.)

Chez les individus bien portants, l'excitation des nerfs sensibles de la peau à la piqûre et au contact d'objets mousses, entraîne presque toujours une dilatation pupillaire, excepté chez les sujets d'un certain âge (cinquante ans) où elle fait parfois défaut, malgré l'application de courants faradiques intenses. En tout cas, il faut tenir compte de différences individuelles. Dans la paralysie générale, la dilatation d'origine cutanée (courant faradique cervical) est surtout absente chez les hommes dont les pupilles réagissent

mal à la lumière. Elle fait exclusivement défaut chez les femmes dont la réaction pupillaire à la lumière est défectueuse. L'absence de réaction à l'éclairage et à l'excitation des nerfs sensibles prédomine chez les malades qui ne présentent pas le phénomène du genou. Parmi ces derniers, en effet, les 4/5 n'offrent pas de réaction pupillaire; la proportion n'est que d'1/3 pour ceux qui présentent le phénomène du genou. Aucune espèce de réaction pupillaire pendant l'épilepsie ou le coma qui suit les affections encéphaliques. Les hystériques en état d'hémianesthésie subissent la dilatation pupillaire sous l'influence de l'excitation des régions anesthésiques. Le fonctionnement de l'écorce du cerveau n'est donc pas nécessaire pour que la pupille se dilate à la suite des incitations. C'est probablement à une altération du cerveau moyen, de la moelle allongée, qu'il faut attribuer la disparition de la réaction pupillaire des paralytiques généraux. P. K.

XIX. Les troubles dans la sphère du système nerveux périphérique chez les aliénés; par Tigges. (*Allg. Zeitsschr. f. Psych.*, XXXIX, 2 et 3.)

Ce mémoire traite successivement des sensations anormales de la sensibilité à la pression, des perturbations des fonctions sensorielles de la peau et de la sensibilité musculaire, des troubles moteurs et vasomoteurs que l'on observe chez les aliénés. Voici les particularités qu'il nous paraît intéressant de mettre en relief.

Les sensations anormales qui se montrent dans la lypémanie peuvent être limitées de préférence ou exclusivement à telles zones ou s'étendre plus ou moins au corps entier. La sensibilité à la pression s'y allie souvent et porte aussi sur des territoires plus ou moins étendus; ces territoires ne sont parfois décelés que par l'application à demeure du courant constant. Les exacerbations de ces phénomènes accompagnent très fréquemment celles des symptômes psychiques ; mais ce n'est pas la règle. Quand la psychose est précédée de sensations anormales il y a lieu d'admettre une relation anatomique entre les deux ordres de manifestations; il ne s'agit plus de simples réflexes. La moelle et la moelle allongée se font pour les irradiations des sensations et de l'hyperesthésie à la pression les conducteurs de l'encéphale. Les diverses fonctions de la sensibilité cutanée sont très fréquemment atteintes en même temps que l'on constate des sensations anormales, dans la mélancolie et la folie systématique. Elles sont alors le plus souvent émoussées. On n'observe pas de modalité typique à leur égard non plus que de différences particulières qui permette d'attribuer tel genre à la mélancolie, tel autre à la folie systématique. La même propriété du tact en divers endroits du corps ou les différentes qualités de ce sens chez le même individu, offrent des diversités multiples. Le dé-

doublement de la pointe du compas constitue un phénomène d'irradiation qui provient soit de ce que la faculté d'apprécier la distance est exagérée, soit de ce que la sensibilité à la douleur est plus grande (mélancolie, folie systématique, épilepsie); les troubles trophiques et fonctionnels propres à la psychose entrent aussi en ligne de compte. La diminution de la sensibilité à la douleur dans la stupidité est susceptible d'une prompte compensation. C'est la moelle, la moelle allongée, et, même en certains cas, le cerveau qu'il faut dans l'espèce incriminer. Parmi les troubles moteurs qui appartiennent à la lypémanie, il faut remarquer les tremblements, la raideur de la colonne vertébrale et des membres, les convulsions cloniques des membres et du tronc; les contractions toniques sont plus rares. De ces symptômes, les uns sont des réflexes issus des troubles de la sensibilité avec lesquels ils coïncident quant au temps et quant au lieu. La tension musculaire et la résistance que l'articulation oppose aux mouvements qu'on essaie d'imprimer au membre se présente, au moins temporairement, dans tous les cas de stupeur et de démence paralytique, chez 77 p. 100 des mélancoliques, chez 24 p. 100 des maniaques; ce n'est pas un réflexe, car elle coïncide avec la diminution de la sensibilité à la douleur. Parmi les troubles vaso-moteurs assez fréquents dans la mélancolie qui s'accompagne de sensations anormales, il importe de noter la rougeur de la face et des oreilles avec sensation subjective de chaleur, soit continue, soit par accès de plusieurs heures, souvent unilatérale, qui affecte tantôt le même côté, tantôt des côtés différents, tantôt les deux côtés à la fois avec une égale intensité. Elle passe quelquefois de l'autre côté après avoir occupé un seul côté pendant des années : en un cas, ce passage s'effectue sous l'influence du chloral. Les différences thermiques d'un côté à l'autre n'ont jamais dépassé 1°,4 R. A la moitié de la face plus rouge peut correspondre du myosis, mais ce n'est pas la règle. Parfois, le côté plus rouge présentera une plus forte sécrétion sudorale. P. K.

XX. Rapport médico-légal sur l'état mental de Dely-Mehemed, accusé de meurtre sur le lieutenant-colonel russe Kummereau; par L. Mongeri. (*Jahrb. f. Psych.*, III, 3.)

L'intérêt de ce rapport réside dans les développements en vertu desquels l'auteur rejette l'existence d'une affection mentale. Détails morcelés sur les mœurs turques. P. K.

XXI. Contribution a l'étude de l'insanity moral; par A. Hollœnder; (*Jahrbüch. f. Psych.*, IV, 1.)

La folie morale procède de la mégalomanie bien que, chez les malades en question, le délire des grandeurs n'affecte point une

forme fixe, ne soit pas stéréotypé. Ils sont parfaitement aptes à apprécier les droits d'autrui et à comprendre leurs devoirs personnels, mais la mégalomanie à laquelle ils sont en proie, les sollicite à lutter contre les principes sociaux. Telle est la substance de la discussion psychologique de M. Hollœnder. P. K.

XXII. Sur la folie impulsive; par E. Pohl. (*Jahrbuch. f. Psych.*, V, 1.)

Les études et observations de Pohl l'entraînent à considérer la folie impulsive comme une neuro-psychose dégénérative, du genre maniaque, qui, se développant chez des individus entachés d'hérédité ou chez des névropathes prédisposés, s'associe assez souvent à certaines formes d'aliénation mentale ou à certains états psychopathiques. Elle se manifeste par des impulsions paroxystiques issues de sensations anormales, qui, quelle qu'en soit l'origine périphérique ou centrale, portent le malade à commettre des actes violents ou pervers contre lui-même ou ses semblables. P. K.

XXIII. Un cas de folie circulaire; par Schœfer. (*Neurol. Centralbl.*, 1882.)

Ce sont les troubles de la circulation qui donnent à l'observation son cachet. Chaque période de manie était caractérisée par une fréquence très grande (100-128) et une tension très faible du pouls presque dicrote, la température marquant 37°,5 à 37°,6. Inversement, la phase de mélancolie s'annonçait par 60 à 68 battements par minute, le pouls acquérant une tension excessive et la température étant de 37° à 37°,4.

Au moment où la mélancolie va se transformer en manie et inversement, on peut obtenir des tracés tenant plus ou moins de la période qui va venir, c'est-à-dire tenant plus de celle qui va venir que de celle qui précède; mais il faut jouer de bonheur pour saisir la nature sur le fait, car la transformation est prompte. Enfin, si la période maniaque est teintée de dépression, on a un pouls dont la courbe ne se rapporte ni à un stade ni à l'autre, un pouls non classé comme l'état psychique du malade. Ces caractères, qui sont les mêmes pour toutes les branches artérielles, suffisent pour éclairer le diagnostic sur la valeur psychopathique de l'humeur du malade et déceler les accès abortifs, l'état psychique s'inscrit en quelque sorte par la tension artérielle. Plus de cent tracés en font foi chez le même individu. Telle est du moins l'opinion de M. Schœfer qui attribue aux troubles circulatoires les complications somatiques (herpès et asthme) qui hantèrent toujours, dans l'observation envisagée, la période maniaque. Les médicaments (nitrite d'amyle, morphine, ergotine, digitale) qui agissent

sur la tension vasculaire n'eurent au reste que peu ou point d'action sur l'une ou l'autre des périodes. P. K.

XXIV. Un cas de paralysie progressive; par O. Berger. (*Neurolog. Centralbl.*, 1882.)

Il s'agit d'une forme de démence ayant débuté chez une femme de vingt-trois ans par des attaques d'hémiplégie consécutive à des troubles vaso-moteurs (pâleur, frigidité), avec impossibilité de parler (conservation de la connaissance). Ces sortes d'accès passagers, qui n'ont rien de congestif, sont plus tard suivis de rigidité des membres et s'accompagnent, à une époque bien plus avancée de la maladie, de convulsions cloniques des muscles de la face. L'autopsie ne rend pas compte de leur genèse, que M. Berger tend à rattacher à l'excitation du centre vaso-moteur de l'écorce. P. K.

XXV. Idées délirantes et délires; par Siemens. (*Neurol. Centralbl.* 1882.)

Le délire (de la fièvre, des intoxications, des affections somatiques) est consitué par des paroles insensées, des divagations agies et parlées au hasard sans que le malade ait seulement conscience de leur existence. La notion de l'idée délirante au contraire repose sur le mécanisme anormal des conceptions ou associations de conceptions; ce sont elles qui faussent la conscience du sujet et exercent sur la façon de sentir et les tendances de l'individu une influence pathologique; le malade s'appuie sur les conceptions en question pour agir. Il conviendrait de systématiser cette différence dans la terminologie et de ne point employer indistinctement le mot délire pour l'expression idée délirante. P. K.

XXVI. Sur les courbes sphygmographiques du pouls chez les aliénés; par H. Grashey. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, XIII, 2.)

Voici brièvement les résultats de cette étude d'hydrodynamique physiologique. La diminution du travail des nerfs vaso-moteurs engendre non le pouls lent (*tardus*); mais un pouls dicrote à sommet aigu. Le pouls lent commun est produit par l'augmentation de la résistance de l'ensemble des ramifications terminales de l'artère radiale. Le pouls lent arrondi (*rotundo-tardus*) des aliénés dérive de la diminution du travail du ventricule cardiaque. Les pouls lents que l'on observe chez la plupart des aliénés ne permettent pas de conclure que les névropathies constitutionnelles doivent être rattachées à une diminution d'action des vaso-moteurs. P. K.

XXVII. Manie transitoire consécutive a la fièvre intermittente des ouvriers en laiton; par O. Bins-Wanger. (*Neurol. Centralbl.*, 1882.)

L'observation est à lire en entier. Le malade avait des accès de cette fièvre depuis trois ans. L'auteur pense que, comme pour la malaria, la psychose qui nous occupe a remplacé l'accès fébrile. Elle en constituerait la *forme larvée*. P. K.

XXVIII. Notes sur l'épilepsie; par F. Siemens. (*Neurol. Centralbl.*, 1882.)

Sous ce titre, M. Siemens examine l'allure des pupilles chez une épileptique de vingt ans à partir du cri initial. L'épilepsie datait ici d'un ergotisme épidémique[1] et avait opiniâtrément résisté au traitement. Le cri s'accompagne toujours d'un *myosis maxima* qui très promptement se transforme, dès la période de convulsions toniques, en *mydriase maxima*. A la phase d'acmé de cette période l'iris n'existe plus tant la dilatation est extrême; à ce moment, dévination conjuguée des yeux en haut. Le stade clinique entraîne une dilatation forte mais non plus exagérée; celle-ci diminue progressivement pendant le stertor et le coma. Finalement *myosis*. Pendant le myosis et la mydriase maxima, pas de réaction à la lumière. Avis pour la simulation. P. K.

XXIX. Contribution a la casuistique des troubles psychiques transitoires; par L. Lowenfeld. (*Neurolog. Centralbl.*, 1882.)

Il s'agit d'une sorte de manie transitoire caractérisée par de l'obnubilation de la vue, de violentes douleurs de tête, des vomissements, des hallucinations de la vue, du désordre dans les idées, de l'aphasie ataxo-annésique, de l'exsultation survenue chez une femme indemne d'antécédents héréditaires et de tares organiques, mais sujette dès l'enfance à des accès de migraine. Durée : six heures. Les particularités de l'accès font pencher l'auteur vers l'opinion qu'il avait affaire à un équivalent d'hémicranie, à un simple trouble cérébral fonctionnel remplaçant la migraine.

P. K.

XXX. Hypothermie chez les aliénés; par Hebold. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, XIII, 3.)

Quatre observations de l'auteur montrent que chez les paralysés généraux et les déments, la température peut systématiquement, et progressivement, s'abaisser jusqu'à 30° et même 25°, 7, sans qu'on

puisse invoquer aucune cause extérieure à l'organisme. Il faut donc penser que le centre régulateur de la chaleur a eu dans l'espèce à souffrir; comme on rencontre des lésions dans le système nerveux central, c'est à ses altérations qu'on doit s'en prendre. P. K.

XXXI. Communications sur le pouls chez les aliénés; par Claus. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XXXIX, 5.)

Sous ce titre, M. Claus publie les résultats de vingt-cinq mois de recherches sur 126 aliénés hommes, et 82 aliénées femmes. Il nous donne 32 tracés pris à l'aide du sphygmographe de Marey. D'une manière générale, il consigne que, chez les femmes, le pouls lent (*tardus*) est plus fréquent que chez les hommes, qu'il appartient principalement à un âge avancé, que les formes de ce pouls ne semblent pas aussi défavorables, quant au pronostic, que le veut Wolff (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, t. XXIV à XXVI). Il l'a notamment observé chez 71 hommes dont 9,8 p. 100 guérissent; chez la femme la proportion des guérisons est dans l'espèce de 20 p. 100. Dans la plupart des cas le pouls suit la marche de la température et souvent dans les mêmes rapports que chez les individus normaux. Passant ensuite aux entités psychopathiques l'auteur affrme n'avoir jamais observé le pouls normal chez les paralytiques qu'il a examinés à cet égard (13 hommes, 1 femme); ou bien le pouls était tricrote avec anomalies telles qu'irrégularités dans la ligne de descente, ou bien il était lent et ne devenait fréquent qu'aux périodes d'agitation, ou bien enfin, il présentait un tricrotisme parfait. En ce qui concerne la folie périodique (4 faits), chaque période n'est pas invariablement accompagnée d'une inégalité dans la tension vasculaire dans la modalité sphygmique: il y a des cas dans lesquels le pouls demeure qualitativement égal à lui-même, quels que soient le stade, les augmentations dans la fréquence et la force dépendant de changements semblables dans l'action du cœur. En ce qui a trait aux épileptiques (12 observations), le pouls est excessivement lent chez les individus d'un certain âge, tricrote et tardotricrote chez les individus jeunes; il reste à peu près tel quel dans les heures qui suivent l'accès. M. Claus eut l'occasion de prendre un tracé pendant un accès; il nota une fréquence considérable, une plénitude plus grande pendant la période clonique; le pouls ordinaire du sujet qui était tricrote devenait alors dicrote, et même monocrote pendant les inspirations profondes; une heure après l'accès il avait repris sa forme originelle. P. K.

XXXII. Contribution a l'étiologie de l'épilepsie pendant l'enfance; par Jehn. (*Neurolog. Centralbl.*, 1882.)

Causes : un soufflet entre le cou et l'occiput chez un enfant de

douze ans; violente frayeur chez un garçon de sept ans. Le premier accès suivit immédiatement ou presque immédiatement la cause. Guérison à l'aide de K. Br. seul ou associé à K. J. Hydrothérapie.

P. K.

XXXIII. Altérations de l'écorce du cerveau pendant le premier stade de la paralysie progressive des aliénés; par E. Mendel. (*Neurol. Centralbl.*, 1882.)

Observation dont le tableau clinique était tel que le diagnostic porté fut: mélancolie simple. L'examen microscopique seul décéla la paralysie générale. Le début de la lésion est manifesté dans la couche névroglique: épaississement; cellules-araignées; épais feutrage de fibres englobant des cellules-araignées disséminées, les éléments nerveux étant à peine perceptibles; cellules araignées ou connexions avec les vaisseaux remplis de globules blancs; globules blancs dans les parois et les espaces adventices; intégrité des cellules nerveuses. L'auteur fait ressortir que la prolifération nucléaire et les altérations vasculaires ne constituent pas le stade premier de la maladie et que les lésions les plus intenses occupent le voisinage du centre de la parole, ce qui explique pourquoi la paralysie générale se trahit d'ordinaire par des troubles de la parole.

P. K.

XXXIV. Sur les troubles spinaux chez les fous pellagreux; par Silvio Tonnini. (*Rivista di Freniatria*, 1883, fasc. I.)

L'auteur n'admet pas l'opinion émise par Raggi et Alpago-Novello d'après laquelle, chez les pellagreux, il y aurait le plus généralement diminution on abolition des réflexes tendineux; il se range plutôt à l'avis de Seppili et arrive aux conclusions suivantes :

1° Chez les pellagreux, à la 3e période, les réflexes tendineux manquent rarement, et quand cela a lieu, on trouve généralement une cause spéciale ayant amené la diminution de l'excitabilité réflexe de la moelle.

2° L'exagération des réflexes tendineux est au contraire fréquente et a lieu parallèlement avec l'état spasmodique des groupes musculaires, et est rendue plus apparente par l'élévation de la température.

3° Ce qui vient d'être dit pour les pellagreux à la 3e période s'applique aussi dans les autres périodes, mais dans des proportions moins notables.

4° L'examen de l'excitabilité réflexe des tendons détruit une des analogies qui peuvent exister entre la pellagre et l'ergotisme et coïncide plutôt avec les phénomènes décrits par Brunelli et par Marie chez les individus atteints de lathyrisme.

L'auteur signale aussi la fréquence plus grande des ostéômes dans l'arachnoïde spinale chez les pellagreux, qui ont présenté des troubles moteurs et sentitifs prononcés. — Il a rencontré ces ostéômes chez 41 p. 100 des pellagreux qu'il a observés, ce qui n'est pas inférieur au chiffre donné par Tamburini pour les paralytiques; il a soin de faire remarquer que ses pellagreux n'étaient pas d'un âge avancé. P. M.

XXXV. Anomalies de la nutrition au stade de convalescence de la manie; par Sioli. (*Neurol. Centralbl.*, 1882.)

La période d'agitation se manifesta dans les deux observations en question par un amaigrissement en rapport avec l'excès de dépenses. En revanche, la convalescence coïncida avec une augmentation de poids si rapide et si considérable que l'auteur considère celle-ci comme issue d'une trophonévrose. Dans les deux cas, l'obésité s'accompagna de la production de tuméfactions modérément dures, élastiques, adhérant intimement aux os; pas de réaction inflammatoire même pour celle qui s'ouvrit spontanément (évacuation pendant quelques jours d'une petite quantité d'un liquide séreux); résorption complète dès que reparut l'état normal. L'auteur explique qu'il ne saurait être question d'une périostite cachectique favorisée par un traumatisme; l'absence d'accidents de ce genre, la période de calme où l'on était alors, la multiplicité des tuméfactions dans l'un des faits, l'amélioration de la psychose et de l'état général, le défaut de phénomènes inflammatoires ou spécifiques contrediraient à pareille allégation. Pour lui, il se serait, dans l'espèce, effectué quelque anomalie dans les centres trophiques, dont l'équilibre revenu dans l'organisme aurait fait justice. P. K.

XXXVI. Contribution a la psychopothologie du jeune age; par Drosnes. (*Messager de psychiatrie et neuropathologie*, de Saint-Pétersbourg, 1883).

L'auteur cite les cas déjà connus de la forme mentale appelée *hébéphrénia* en ajoutant deux observations personnelles. L'auteur pense que l'*hébéphrénia* n'est pas une forme mentale *sui generis* et croit que c'est l'âge où l'enfant devient adulte qui joue le rôle prédominant dans les manifestations symptomatiques des psychoses du jeune âge. Bubnoff.

XXXVII. Délire aigu avec dégénérescence diffuse des artères du cerveau et plusieurs foyers de ramollissement de la substance cervicale; par Erlitzky. (*Ibid.*).

Dans l'étiologie de ce cas — excès de travail intellectuel et sy-

philis, — l'auteur attire l'attention sur le fait que la syphilis grave du cerveau avec les manifestations spécifiques primaires et secondaires très bénignes s'observe surtout chez des personnes qui travaillent beaucoup intellectuellement. La marche de la maladie est la suivante :

Trois ans après la syphilis primaire, — forme très bénigne — maux de tête et diplopie. Deux ans après, aphasie avec agraphie de peu de durée. Cinq mois après, à la suite des émotions, violentes dépressions, perte graduelle et profonde de conscience (connaissance), avec hallucinations variées et nombreuses. La température a monté plusieurs fois à 39°. Mort vers la fin de la quatrième semaine, après la dernière rechute. (Malheureusement, l'auteur ne nous donne pas l'autopsie des autres organes.)

A l'autopsie du cerveau, on trouve : Artères athéromateuses surtout la sylvienne gauche; une de ses branches complètement oblitérée et un petit foyer de ramollissement dans la substance grise et blanche correspondant à la partie nourrie par cette branche (dans la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche). — Un pareil foyer de ramollissement dans la protubérance à gauche de la ligne médiane. L'examen microscopique montre une forte hyperémie de tous les capillaires de la substance grise corticale dont les parois sont épaissies par places. Les parois des petites artères sont épaissies et ont subi par places la dégénérescence graisseuse. — L'auteur explique la dépression profonde et les hallucinations par l'hyperémie de la substance corticale due au foyer de ramollissement; l'auteur fait la supposition qu'un faisceau de nerfs vaso-moteurs se trouve juste à cet endroit. BUBNOFF.

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

*Séance du* 30 *juillet* 1883. — PRÉSIDENCE DE M. MOTET.

*Discussion sur la pseudo-paralysie générale syphilitique.*—M. CHARPENTIER communique à la Société l'histoire d'une femme présentant des lésions syphilitiques qui simulaient une paralysie générale ;

cette malade, lorsque M. Charpentier la vit pour la première fois en avril 1883, dans le service de M. Moreau de Tours à la Salpêtrière, était déjà gâteuse; elle passait ses journées accroupie sur une chaise, laissant écouler sa salive, la langue pendante, ne se remuant qu'avec peine et ne prenant sa nourriture que si on la stimulait vivement. Outre cet état mental, elle présentait à la région frontale gauche trois périostites gommeuses, une gomme de la paupière supérieure gauche, une atrophie des papilles constatée par M. Parinaud, une cicatrice à la narine gauche consécutive à une aliénation ayant dû avoir une durée fort longue, une déformation du nez avec perforation des veines, un écoulement nasal purulent, abondant et fétide et, enfin, un écoulement analogue par l'oreille gauche, où, plus tard, M. Hermet constata une perforation à la moitié inférieure du tympan. La malade n'était pas visitée, elle était à la Salpêtrière depuis le 9 février, c'est-à-dire depuis deux mois, allant s'affaissant de jour en jour. Nul autre renseignement que ceux fournis par les certificats. Certificat d'entrée à la Salpêtrière : démence consécutive à la paralysie générale. Certificat de Saint-Anne, où la malade n'était restée qu'une journée : Affaiblissement des facultés mentales avec sensiblerie ; confusion dans les idées, incohérence, faiblesse musculaire. Certificat à la préfecture de police : Paralysie générale, affaiblissement des facultés, hésitation de la parole, inégalité pupillaire, inconscience de sa situation; arrêtée dans la rue, ne sachant plus retrouver son domicile. Sans chercher à préciser son diagnostic, M. Charpentier se fondant sur les manifestations syphilitiques, prescrivit quatre grammes d'iodure de potassium et des frictions mercurielles quotidiennement répétées. Quinze jours après le commencement du traitement, les sécrétions du nez et de l'oreille étaient taries, les gommes diminuées; la malade comprenait un peu, tendait le membre qu'on lui indiquait, marchait avec peine, essayait de sourire pour montrer qu'elle comprenait; mais les mots qu'elle prononçait étaient encore trop confus, le langage trop empâté pour être intelligible. Elle ne gâtait plus. Quinze jours plus tard, elle pouvait elle-même fournir les renseignements de l'observation. Elle est giletière, mariée, séparée de son mari; pas d'aliénation ni de maladies nerveuses dans sa famille; un écoulement vaginal après son mariage, pas de maladies depuis; maux de gorge fréquents; chute de cheveux. A la suite de céphalalgies frontales et occipitales, accompagnées de nausées et de vomissements, elle eut, il y a quatre ans, une attaque de nerfs avec perte de connaissance, mouvements impulsifs et écume. Depuis, ces attaques se sont renouvelées avec les mêmes caractères, mais plus généralement pendant la nuit; elles revenaient deux à trois fois par mois dans la dernière année. C'est à la suite d'une de ces attaques, qu'elle fut conduite à la préfecture de police, mais elle ne se rappelle pas dans

quelles circonstances. Les autres attaques étaient toujours accompagnées de perte de connaissance; mais presque toujours sans morsure de la langue, ni délire, jamais de paralysies, contractures ni troubles de la sensibilité. De moins en moins apte au travail, elle n'a jamais été malade et n'a pas présenté d'autres symptômes pouvant se rattacher à l'épilepsie. Elle n'a jamais remarqué les manifestations syphilitiques qu'elle présente; elle ne se souvient pas avoir jamais déliré; au moment où elle fournit ces renseignements, la mémoire présente des lacunes; elle a au moins conscience de sa situation, s'inquiète de son avenir et de sa famille; elle cherche longtemps ses réponses, la parole est lente, empâtée, mais ni scandée, ni bredouillée; pas de frémissement vermiculaire de la langue, ni des lèvres; la physionomie a repris de l'expansion; mais la commissure labiale droite est abaissée, elle serre moins bien de la main droite et traîne un peu la jambe de ce côté. Deux des trois gommes frontales ont disparu; elle travaille avec les infirmières, mais ne peut lire, ni coudre à cause des troubles de la vue. M. Charpentier élimine l'hypothèse d'une coïncidence simple entre l'amélioration des troubles mentaux et celle des manifestations syphilitiques extérieures, en se fondant sur l'aggravation des deux crises de symptômes, tant que la thérapeutique spéciale n'est pas intervenue et sur leur amélioration rapide et parallèle dès le début du traitement. Après avoir diagnostiqué une démence d'après les symptômes énumérés, M. Charpentier élimine successivement la démence avec stupeur mélancolique, la démence alcoolique, la démence post-épileptique, et conclut à une démence consécutive à une paralysie générale, en se fondant sur les données du certificat de la préfecture, sur l'élimination des autres causes de démence, et en faisant remarquer néanmoins l'absence de tout délire, mais contradictoire, ambitieux ou autre, et l'absence de frémissement vermiculaire de la langue et des lèvres. Quant à la pathogénie, M. Charpentier élimine l'idée d'un foyer purulent ouvert par les fosses nasales et l'oreille, l'idée d'une méningite par irradiation d'une ostéite et admet une irritation méningitique subaiguë, lente, par nappe gommeuse, des méninges, ou de la substance grise ou par gomme développée à la face interne du crâne. Il se demande également si, en raison de l'analogie de ces symptômes avec ceux de la paralysie générale type, on ne pourrait pas supposer dans ce cas et sous toute réserve nécropsique, l'existence d'une diffusion proliférante cellulaire méningitique et encéphalique, analogue aux lésions de la paralysie générale, mais conservant en outre de l'étiologie de sa production, un modus vivendi qui lui a permis de céder à l'action du spécifique.

M. Magnan. Nous devons tout d'abord remercier notre collègue M. Charpentier de son intéressante communication. Quelle que soit la discussion que peut entraîner l'interprétation de ce fait, il n'en

restera pas moins ce résultat thérapeutique à savoir : une affection grave du cerveau très favorablement modifiée par une médication spécifique.

Si, sous ce rapport, l'observation n'offre aucune prise à la critique, il n'en est plus de même lorsque, restant sur le terrain où s'est placé M. Charpentier, on considère les signes présentés par sa malade comme semblables à ceux de la paralysie générale. Qu'il me soit permis de rappeler que j'ai eu l'occasion d'examiner cette malade avant son entrée à la Salpêtrière, et que j'ai été sollicité à l'examiner d'autant plus attentivement que le certificat de notre collègue M. Garnier portait paralysie générale. Entre autres signes, M. Garnier signale l'hésitation de la parole, qui n'existait plus le lendemain, ce qui n'a rien d'extrordinaire ici, puisque la malade se trouvait sous le coup d'une attaque épileptiforme récente lorsqu'elle a été conduite à la préfecture de police. Tout le monde sait que, chez tous les épileptiques simples, l'attaque peut être suivie d'un trouble passager de la parole.

Pour ma part, je n'ai pas pu m'arrêter au diagnostic paralysie générale et j'ai conclu à l'affaiblissement intellectuel avec sensiblerie et faiblesses musculaires partielles, c'est-à-dire à l'existence d'une lésion circonscrite et non d'une lésion diffuse généralisée. La nature de la lésion ne pouvait être déterminée à ce moment, en l'absence de tout renseignement, en l'absence aussi des manifestations syphilitiques dont M. Charpentier a été plus tard témoin. La malade en quittant mon service n'était donc pas, à mon avis, atteinte de paralysie générale. Voyons ce que disent les symptômes observés depuis cette époque par M. Charpentier et qu'il vient d'exposer avec tant de soin et de sagacité. Examinons d'abord la motilité : A deux reprises, M. Charpentier déclare que la parole était lente et empâtée, et, pour qu'il n'y ait pas de confusion, il ajoute qu'elle n'était ni bredouillée ni scandée. Or, pour nous tous, c'est déjà un renseignement précieux que la lenteur et l'empâtement de la parole.

L'hésitation du paralytique général est caractéristique, et, pour ma part, lorsque je tiens à bien faire pénétrer cette notion dans l'esprit des élèves, j'ai l'habitude de placer, à côté l'un de l'autre, cinq ou six paralytiques atteints, par la maladie, à des degrés propressivement plus intenses. Le premier, tout à fait au début avec ses accrocs qui commencent à paraître, un deuxième avec de l'hésitation intermittente, un troisième avec de l'hésitation continue, puis un paralytique offrant des coupures dans son langage, scandant les mots, puis enfin un paralytique psalmodiant.

Eh bien ! tous ces troubles de la motilité ont un air de famille, et quand on a ainsi suivi cette sorte de gamme, l'oreille perçoit des caractères communs entre l'hésitation légère du début et la parole scandée et psalmodiante de la fin. Je suis convaincu. pour

ma part, que le jour où nous aurons un moyen facile d'enregistrer la parole, nous obtiendrons sur tous les tracés des signes qui nous permettront de lire ce caractère commun. Mais si, à côté du paralytique, nous plaçons des déments séniles, des individus atteints de ramollissement ou d'hémorrhagie cérébrale, des sujets avec des tumeurs, les troubles de la parole sont tout autres et c'est là que nous retrouvons la lenteur et l'empâtement. Si, avec M. Charpentier, nous poursuivons l'énumération des symptômes, nous voyons que la langue restait *pendante* et embarrassée entre les dents. Quel est donc le paralytique général chez lequel, à moins de complication ou de lésion accessoire, on trouve la langue pendante ? Mais même à la troisième période, la langue est mobile et tout le monde a remarqué le jeu de trombone qu'elle présente à ce moment, quand on invite le paralytique à la sortir hors de la bouche. L'hésitation de la parole, ce symptôme capital de la paralysie générale, n'existait pas chez le malade. Mais si la parole était empâtée, si la langue était immobile, il y avait aussi un abaissement de la commissure droite et encore une parésie du côté droit. Ce sont tout autant de symptômes absolument différents de ceux qui caractérisent la paralysie générale. Quelle est donc la signification de ces symptômes ? N'est-ce pas la manifestation d'une lésion circonscrite ? Et l'état mental ? Il y a surtout une profonde obtusion qui empêche la malade de prêter attention à ce que l'on dit ou à ce qui se passe autour d'elle ; toutefois lorsqu'on insiste, on arrive à se faire comprendre et à obtenir ce que l'on désire. Il faut dit, M. Charpentier, l'exciter et en quelque sorte la réveiller. Il y a donc somnolence des facultés, l'oppression et non la perte réelle comme dans la paralysie générale. C'est avec la plus grande peine qu'on parvient à la faire manger, non parce qu'elle refuse ou qu'elle ne peut pas, mais parce qu'elle n'y songe pas ; en la stimulant elle reçoit les aliments.

Est-ce ainsi que se montre le paralytique général ? Celui-ci, même à la dernière période (à moins de délire hypochondriaque), dès que vous le placez en face de son assiette, s'y précipite, et s'aidant, à la fois des mains et des lèvres, engloutit, si on ne le surveille, tout ce qui est à sa portée. Au bout de quinze jours, M. Charpentier observe que la malade répond quelques mots montrant qu'elle comprend les questions, mais elle éprouve rapidement une fatigue intellectuelle.

Quelque temps après on ne constate guère que quelques lacunes de la mémoire.

Nous ne trouvons pas dans cet état l'affaiblissement réel et prématuré des facultés ; c'est, on le voit, de l'hébétude, de l'obtusion et de la diminution de la mémoire, le jugement et la portée intellectuelle ne sont pas abolis.

Quant aux lésions, ce qui s'est passé hors du crâne, les trois

gommes frontales, permettent de supposer qu'un travail analogue s'est produit dans la cavité crânienne. Une ou plusieurs gommes, avec l'irritation qu'elles développent dans le voisinage, expliquent suffisamment ce qui a eu lieu. Peut-être aussi l'ostéite nasale n'est-elle pas étrangère à la névrite optique constatée par M. le Dr Parinaud.

Il ne faut pas perdre de vue que les lésions permanentes ou d'une certaine durée, des lésions fixes en un mot, qu'elles soient limitées, circonscrites ou diffuses, donnent lieu souvent à des phénomènes intermittents, s'exaspèrent par intervalles. Pourquoi? c'est qu'avec la lésion fixe, immobile ou lentement croissante, se montrent des phénomènes accessoires surajoutés : congestion, œdème, troubles vasculaires de tout ordre sans compter l'irritation fonctionnelle ; ces phénomènes dont le développement est souvent très actif provoquent des accidents qui viennent troubler la marche de la maladie principale.

M. Garnier. Il y a peut être aussi chez cette malade les éléments de deux maladies différentes : syphilis et paralysie générale. Un paralytique général peut en effet contracter la syphilis.

M. Delasiauve. On entend depuis quelque temps parler de pseudo-paralysie générale, il serait bon d'en finir avec ce mot qui ne veut rien dire et qui constitue une erreur clinique. On est paralytique ou on ne l'est pas. Il y a une paralysie générale type autour de laquelle viennent se grouper une foule d'autres formes ayant des caractères communs, mais aussi des symptômes dissemblables, qu'on ne peut détacher de la principale maladie pour créer une maladie nouvelle, la pseudo-paralysie.

M. Voisin a observé des syphilitiques en démence qui avaient la parole lente, avec des paralysies partielles et qui n'étaient que syphilitiques.

M. Motet, frappé des dissemblances qui séparent la paralysie générale des maladies qu'on désigne du nom de pseudo-paralysie générale, rappelle combien selon lui M. Lasègue avait raison de ne voir que la syphilis cérébrale là où M. Fournier croyait avoir une paralysie générale syphilitique. Marcel Briand.

---

## SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE BERLIN

*Séance du 15 décembre 1882* [1].

M. Lœhr ouvre la séance en donnant connaissance à l'assemblée des affaires qui concernent la société. Il signale, en terminant, la mort de MM. Levinstein et de Gellhorn; l'assistance se lève en leur honneur. Il fait également connaître la motion de M. Falck qui propose que « dorénavant la Société tienne des séances régulières tous les deux mois. » D'après le § 7 des statuts, cette motion devra être discutée dans la séance générale annuelle du 15 juin prochain.

M. Frœnkel prend la parole sur le thème que voici: *Crimes commis dans l'état d'inconscience.* Il s'agit de deux faits à propos desquels un premier rapport avait mis en avant l'idée d'un affaiblissement psychique consécutif à des accès d'épilepsie agissant de concert avec l'ivresse. L'un a trait à un incendie, l'autre à un infanticide. Dans les deux cas, on avait affaire à des hommes mariés depuis longtemps, originaires du même village qu'ils habitaient et n'ayant, jusqu'en ces dernières années, donné aucun signe de dérangement moral. Leurs désordres datent du jour où des accidents épileptiques ont pris naissance, à la suite d'un traumatisme céphalique. La famille avait gardé sur ces phénomènes le plus profond silence, de sorte que l'opinion publique les considérait comme de simples buveurs. Voici d'ailleurs, le résumé des particularités propres à chaque cas.

I. Homme de cinquante-deux ans ayant un frère cadet, épileptique dès l'enfance, rapidement tombé en démence, et un cousin germain idiot. Il prétend en outre que son père, après avoir souffert de la goutte pendant vingt ans, aurait présenté de la déchéance psychique. Depuis l'accident, cause de son traumatisme, on aurait constaté chez lui des anomalies singulières du caractère. Un beau jour, il quitte sans raison son travail, cherche dispute à sa femme qui est obligée de s'enfuir, et, peu après, on voit sa maison en feu. Sur ce, jérémiades hypocrites ou paraissant telles, en même temps qu'il va gêner la manœuvre des pompiers, puis on n'obtient de sa part que réponses variables, contradictoires, aveux sans vergogne, ou négations sans preuves, sans système. Il s'agit de savoir: 1° s'il est bien épileptique; 2° s'il a commis l'acte incriminé sous une in-

[1] Voir les *Archives de Neurologie*, t. VI. p. 282.

fluence morbide entraînant l'irresponsabilité. L'observation à l'asile ayant révélé des attaques de grand et de petit mal, M. Frœnkel tend à croire aux allégations émises d'une épilepsie durant depuis trois ans et stimulée par l'ivresse. Par suite, au moment de l'acte, l'ingestion d'alcool avait provoqué, outre l'ivresse, l'état d'obnubilation épileptoïde propre, à lui seul, à supprimer le libre arbitre. M. Frœnkel ajoute que de tels malades sont capables d'avoir des intentions perverses, sous pareilles influences, sans qu'ils soient pour cela responsables de leurs déterminations ; car, revenus à eux, ils n'ont pas conscience de la sollicitation de leur volonté dans un but criminel. Une ordonnance de non-lieu permit plus tard de constater définitivement la réalité de l'opinion émise sur l'existence, chez ces malades, d'états de somniation épileptoïde.

II. H..., 42 ans, marié depuis dix-huit ans, rentre aussi inopinément de son travail, coupe la gorge avec un rasoir à son plus jeune enfant âgé de six ans, tente d'assassiner son fils de dix ans, et de se suicider. La rumeur publique impute cet acte à une jalousie que rien ne justifie; elle parle aussi d'excès de boisson depuis quelques années. L'enquête montre en outre que depuis une chute de voiture dans laquelle il fut presque écrasé, cet individu serait, à des périodes de quatre à six semaines, en proie à des accès d'épilepsie. Les circonstances qui précèdent, accompagnent, et suivent l'acte criminel, sont identiques à celles du premier fait. Les réponses et les allures du sujet au milieu même du drame et immédiatement après la scène, font supposer la plénitude de la connaissance à l'instant considéré. Et cependant l'étude du malade révèle des idées de persécution greffées sur des hallucinations de la vue et de l'ouïe, qu'un premier médecin attribue à des excès alcooliques prolongés, mais que M. Frœnkel impute à l'épilepsie qu'il constate à cette occasion. Le meurtre a été commis dans l'intervalle de deux accès, sous l'influence d'une manie transitoire remplaçant à ce moment l'accès convulsif (équivalent psychique). Confirmation clinique ultérieure.

L'auteur rapproche de ces deux observations le fait de manie transitoire découvert par lui dans Tacite (*Annales*, IV, chap. 24), relatif au préteur Plantius Silvanus; il croit que c'est le plus ancien.

*Discussion.* — M. Ideler renvoie au cas de Holzepfed (de Charlottembourg) dans lequel il s'agissait d'une épilepsie notoire datant de la jeunesse.

M. Lœhr rappelle les analogies que l'on trouve dans les conceptions doubles (idéogénèse double) et dans l'hypnotisme.

M. Eyselein appelle l'attention sur les équivalents hallucinatoires qui peuvent durer plus de huit jours, comme il l'a observé dans un cas; les troubles sensoriels survenaient, dans l'espèce, quand on se servait d'atropine associée au K. Br. et disparaissaient lorsqu'on traitait les malades par la morphine.

M. Knecht a observé dans son établissement des états de pareille sorte plus de cent fois.

M. Ideler différencie les actes impulsifs inconscients des actes inconscients ayant l'air réfléchi. Cette distinction constitue aujourd'hui pour lui un fait patent.

M. Richter (de Dalldorf). *Contribution à la casuistique des lésions de l'écorce du cerveau.* L'observation communiquée se rapporte à un homme de soixante-quatorze ans, ayant été atteint d'une attaque d'hémiplégie suivie dès l'abord de symptômes d'aliénation mentale qui prennent tout à coup un accroissement brusque. M. Richter constate, à côté de l'affaiblissement psychique, une hémiplégie faciale gauche ne portant que sur la motilité, mais comprenant toutes les branches du nerf, voire le lingual et les rameaux du digastrique et du stylo-hyoïdien, ainsi qu'une hémiparésie du membre supérieur du même côté, avec hyperalgésie, épaississement et refroidissement des tissus. Les deux extrémités inférieures sont plus faibles, surtout celle de gauche. On observe tardivement de la dilatation pupillaire du côté gauche. Rien dans le domaine de la sensibilité, ni des organes des sens. L'autopsie révèle des plaques de ramollissement dans l'hémisphère droit. Elles commencent dans le fond d'un sillon qui, parti de la scissure frontale parallèle, à peu près à la moitié de la hauteur de l'hémisphère, se porte en avant, intéressent par conséquent une petite partie de la seconde frontale, s'étendent sur la circonvolution frontale ascendante en son tiers moyen, envahissent la partie correspondante du fond du sillon de Rolando, de la paroi antérieure et de la paroi postérieure de la pariétale ascendante, et du fond de la scissure interpariétale (portion verticale parallèle au sillon de Rolando). La zone de destruction se continue dès lors sans interruption le long du sillon interpariétal jusque sur le lobule du pli courbe (gyrus angulaire) et, par les circonvolutions de passage, sur le lobule pariétal supérieur qui est intégralement envahi. Du lobule du pli courbe, l'altération passe dans la 2e circonvolution occipitale. Partout la lésion se borne exclusivement à la substance grise; elle n'occupe qu'une profondeur de 2 mil. dans la couche blanche sous-jacente. Pour M. Richter, les destructions résultent d'une hémorrhagie piemérienne diffuse qui se serait effectuée en bloc. L'auteur insiste sur l'étendue purement corticale du processus. Il ajoute: « Bien que la paralysie des deux extrémités et du facial s'expliquent déjà par la lésion des circonvolutions ascendantes, le ramollissement du lobule du pli courbe peut être invoqué pour la pathogénie de la paralysie des extrémités, car j'ai, le 2 décembre 1882, pratiqué l'autopsie d'un homme qui avait été atteint d'une parésie des deux extrémités du côté droit et chez lequel je trouvai simplement un ramollissement jaune du gyrus angulaire du côté gauche. »

M. Eckelmann. *L'emploi de l'iodoforme chez les aliénés.* Sous ce titre, M. Eckelmann restitue à l'iodoforme la place qui lui convient comme agent antiseptique. C'est un agent merveilleux dans la chirurgie des psychopathes. Il ne faut pas s'inquiéter à l'excès des dangers toxiques signalés. L'auteur publie quinze observations dans lesquelles il s'est bien trouvé de son emploi à l'asile d'Eberswald; il l'a, dans ces cas, employé avec succès souvent à des doses très considérables, car nous comptons dans l'un des faits 800 grammes utilisés en six mois. On n'a pas à redouter dans l'espèce d'action nocive sur l'état mental, seulement il faut s'entourer de précautions, examiner chaque jour le pouls et la température, analyser les urines. Voici au surplus les conclusions :

A. L'emploi de l'iodoforme doit être évité autant que possible :

1° Chez les individus dont le cœur est peu énergique;

2° Dans toutes les conditions qui favorisent l'absorption du poison par l'économie, c'est-à-dire : chez les sujets gras, car l'iodoforme est soluble dans la graisse — de concert avec l'acide phénique, qui favorise la mise en liberté de l'iode — dans les grandes plaies récentes, saignantes, parce que la décomposition des hématies, qui en résulte, libère l'oxygène qui chasse l'iode du composé;

3° Dans les conditions qui entravent la rapidité d'élimination du poison, c'est-à-dire : dans la néphrite —(l'acide phénique pouvant déterminer une néphrite, c'est encore une raison pour ne pas l'associer à l'iodoforme) — dans les affections vésicales.

B. L'emploi de l'iodoforme paraît indiqué : 1° Dans les lésions tuberculeuses; — 2° Dans les conditions où aucun autre antiseptique n'est possible : chez nos malades agités et malpropres; — 3° Dans les plaies déjà infectées; — 4° Dans les petites plaies récentes après qu'on s'est rendu maître de l'hémorrhagie; — 5° Dans les opérations autoplastiques; — 6° Dans les grandes opérations au voisinage des ouvertures naturelles.

C. Mesures de prudence qui doivent présider à l'usage de l'iodoforme : 1° Ne jamais employer l'iodoforme qu'à la dose la plus petite possible, car la gravité de l'intoxication est toujours en rapport avec la quantité du médicament usité; — 2° Contrôler chaque jour le pouls et la température; — 3° Examiner chaque jour l'urine; y rechercher les sels iodiques.

Il va de soi qu'on interrompt à la moindre menace d'intoxication, car on ne connaît pas d'antidote contre l'iodoforme.

Dans la discussion qui s'engage à ce sujet, MM. Eyselein, Richter, Eckelmann appuient les conclusions formulées. L'iodoforme en pansement sur les ulcères du col utérin n'a, entre les mains du premier orateur, jamais engendré d'accidents nerveux; l'état psychique des aliénés n'a jamais été influencé par ce médicament, ni en mal, ni en bien, ajoute M. Richter; enfin, termine M. Eckelmann, si la

prudence est ordonnée chez les cardiaques et les rénaux, on ne saurait se passer de cette substance dans les cas de tuberculose chirurgicale.

M. Bernhard communique à la Société l'histoire de *deux cas de délire aigu* survenu à la suite d'une psychose préalable. Il complique, dans le premier cas, une folie exaltée hallucinatoire; une hystéromanie, dans le second. Les phénomènes caractéristiques furent constitués par un trouble profond dans la connaissance des sujets atteints, par une agitation motrice sans frein d'ordre impulsif, par des intervalles lucides contrastant au plus haut point avec l'irréflexion tumultueuse de l'automatisme des actes, par la participation des processus végétatifs à l'affolement psychomoteur, par l'issue mortelle en rapport avec ce surmenage. L'autopsie décela également, dans les deux observations, l'hyperostose crânienne, et l'hypertrophie du cœur gauche, qui sont, pour M. Jehn (*Archiv. f. Psych.*, VIII, p. 599), les deux facteurs des fusées congestives pathogénétiques dont le substratum anatomo-pathologique trouvé à l'autopsie est représenté par l'hyperémie cérébrale veineuse et la stase lymphatique. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.* XL, 1 et 2).

P. Kéraval.

---

## XVe CONGRÈS DES ALIÉNISTES DE L'ALLEMAGNE DU SUD-OUEST[1]

### SESSION DE KARLSRUHE

*Séances des 21 et 22 octobre 1882.*

Au nom des curateurs, M. Schule souhaite la bienvenue à l'assemblée. Sur sa proposition, M. de Rinecker est, par acclamation, choisi comme président. Après avoir expédié les affaires courantes, on passe à l'ordre du jour qui appelle en premier lieu la communication de M. de Rinecker sur *l'action des doses réfractées d'hydrate de chloral dans les périodes d'agitation.* Il s'agit de l'agitation excessive qui, parfois, accompagne le stade d'exaltation maniaque des paralytiques généraux, les états d'obnubilation psychique post-épileptique, l'extase hallucinatoire des hystériques, la mélancolie active, et l'alcoolisme chronique (raptus mélancolique et raptus

[1] V. les *Arch. de Neurologie*, t. IV, p. 131.

alcoolique). Dans ces cas, l'auteur a obtenu un résultat très avantageux de doses minimes (0,25; 0,30; 0,50 centigr. au plus par dose) d'hydrate de chloral, en administrant les deux premières à des intervalles d'une demi-heure, et les autres à des intervalles d'une heure ou davantage, de telle sorte que, dans les vingt-quatre heures, les malades aient absorbé 2 à 3 gr. 50 centigr. au maximum du médicament. Les effets salutaires se font d'ordinaire sentir dans les quelques heures qui suivent l'ingestion; ils se traduisent par le calme et un changement complet et brusque dans l'humeur du sujet. C'est ainsi que tel paralytique général le matin mégalomane, arrogant, perdra le soir toute prétention et répondra convenablement aux questions qu'on lui pose. Pour obtenir un calme persistant, il faut d'habitude prolonger le traitement pendant plusieurs jours; on ne dépassera pas trois jours, sous peine d'observer la plupart du temps les effets du collapsus. Ces trois jours de traitement, dans un cas de démence paralytique récente, eurent à ce point raison du stade d'exaltation maniaque très marqué chez l'individu considéré que ce dernier put être rendu à la liberté, après qu'on se fût assuré à l'asile, pendant une observation de quatre semaines, que le fonctionnement psychique avait repris son activité normale; le malade retourna à ses occupations. Ces doses réfractées calment sans hypnotiser; elles sont d'une administration facile, car on peut les mélanger aux boissons ou aux aliments; elles ne sont pas dangereuses, si l'on ne dépasse pas le temps de traitement de trois jours. On obtient par ce procédé le maximum des effets utiles du chloral, préférable à la morphine en ce sens qu'on n'a pas besoin d'en élever les doses, tout en évitant l'intoxication chloralique : on sait, en effet, que, comme l'alcool, le chloral en petites quantités prolongées agit sur l'encéphale, le muscle cardiaque, les centres neuro-vasculaires, l'appareil gastro-hépatique.

*Discussion.* Elle met en lumière qu'on abandonne généralement aujourd'hui les hautes doses de chloral jadis usitées, mais que presque partout les doses qu'on administre sont plus élevées que celles de M. de Rinecker. M. Jolly, pour éviter l'élévation des doses et l'accoutumance, usite plus volontiers la morphine associée au chloral. Enfin, M. Schule rappelle une communication de Zeller qui, à l'époque des premiers essais de l'hydrate de chloral, administra sans résultat 3 à 6 gr. du médicament; il prescrit de son côté 50 centigr. à 1 gramme, trois à quatre fois par jour.

M. de Rinecker communique l'histoire d'un cas d'*aliénation mentale consécutive à une leucorrhée* extrêmement abondante, présentant un certain degré de périodicité; cet écoulement qui empestait toute une chambre, condamnait, par son incurabilité, la malade à l'isolement; or, cet ostracisme avait développé graduellement chez elle une mélancolie accompagnée de misanthropie.

L'autopsie décèle l'existence d'un utérus bicorne surmontant un *vagin double*. Un des compartiments vaginaux, qui ne s'ouvre pas à l'extérieur, s'est transformé en un foyer purulent gros comme un poing d'enfant; ce foyer communique par un étroit conduit, au fond du vagin, avec le second compartiment ou vagin normal qui, lui, aboutit à l'extérieur de la vulve.

M. Fuerstner. *Sur les psychoses dans les affections de l'organe de l'ouïe.* Les relations qu'affectent les organes des sens périphériques avec la genèse des hallucinations sont multiples et paraissent parfois contradictoires. C'est ainsi qu'on constatera des hallucinations chez des malades dont les organes des sens sont détruits ou fonctionnent moins bien (hallucinations de l'ouïe propres à l'isolement, hallucinations nocturnes, hallucinations de la vue chez des aveugles par accidents, etc...). M. Fuerstner limite son sujet à l'*influence que des processus pathologiques anormaux de l'organe de l'ouïe exercent sur les hallucinations et ultérieurement sur la genèse des psychoses.* Il a observé, en ce qui le concerne, deux cas de mélancolie greffée sur des bruits intra-auriculaires s'étant produits à l'état aigu (bruits vasculaires d'origine hématique) dans la chlorose (1' observation), ou par compression des vaisseaux du cou du fait d'un goître dont le volume variait dans des limites très étendues (1 observation). Les deux malades guérirent. Ces deux observations doivent être rapprochées du cas de Moos dans lequel le golfe de la jugulaire présentait une largeur anormale. M. Fuerstner parle ensuite de la fréquence des idées mélancoliques chez des individus en proie à des sensations auditives subjectives, que l'on constate ou non chez eux une lésion de l'appareil de l'ouïe; ces idées les conduisent souvent au suicide. Ces sensations subjectives sont souvent le point de départ d'illusions, puis d'hallucinations, qui engendrent des conceptions délirantes. La folie systématique occupe à cet égard le premier rang. Parmi les causes prédisposant à une genèse semblable, il faut ranger l'âge avancé ; mais, alors, la systématisation du délire se montre plus rare, l'individualité psychique du malade résiste davantage, elle conserve son assiette de sorte qu'il arrive à se tenir longtemps en dehors des phénomènes morbides. Pronostic défavorable. L'auteur aborde en troisième lieu les troubles psychiques qui, se présentant la plupart du temps sous la forme d'accès d'agitation, accompagnent les processus inflammatoires aigus de la caisse terminés par la suppuration. Ils devraient en partie être attribués à des modifications dans la pression intracrânienne; ainsi une observation de Schüle montre une rétrocession rapide d'une psychose existante, à la suite d'une otorrhée purulente profuse qui s'établissait sans prodrômes; M. Fuerstner a observé une évolution semblable. Enfin, en ce qui concerne la surdité nerveuse ou la déchéance soudaine de l'acuité auditive, l'auteur a vu ces accidents être, en deux cas, suivis de mélancolie, notamment chez

des vieillards. Il insiste sur ce fait que, chez les individus dont les fonctions de l'ouïe ont baissé, les troubles psychiques passent facilement inaperçus, parce qu'ils sont moins communicatifs avec les personnes qui les entourent. Il n'est pas rare alors qu'on constate des tentatives de suicide de leur part sans qu'elles paraissent préparées. Ce travail sera publié *in extenso*[1].

*Discussion.* M. Schule, tout en confirmant l'exactitude des observations et des conclusions du mémoire, regrette de n'y avoir pas vu mentionné l'athérome qu'il a trouvé à plusieurs reprises comme cause d'hallucinations de l'ouïe. Il a aussi observé des bruits de l'oreille très pénibles dans un cas d'hyperostose du rocher.

M. Jolly met en garde contre la tendance que l'on a à attribuer aux bruits auriculaires une trop grande importance pathogénétique relativement aux psychoses, car les bruits survivent à la psychopathie, et ils peuvent cesser alors que cette dernière subsiste. Il lui serait du reste facile de citer des observations analogues pour la vue; parfois de petits troubles dans les milieux réfringents deviennent l'occasion d'illusions dont le caractère consiste dans la variété des dimensions, selon qu'elles sont projetées à une distance plus ou moins grande.

M. Kirn raconte l'histoire d'un cas observé par lui qui prouve que des hallucinations évidentes de l'ouïe n'entraînent pas nécessairement une psychose.

M Jolly rappelle à ce sujet les expériences que le botaniste Nœgeli fit sur lui-même à l'égard d'hallucinations de la vue consécutives à une tension exagérée de la fonction pendant des recherches microscopiques assidues.

M. Schüle prend la parole sur *les effets accessoires de l'hyoscyamine.* Tout nervin héroïque possède, en dehors de son action curative, une action accessoire qui limite ou empêche l'action médicamenteuse, en transformant l'agent en toxique. Ce sont les actions accessoires, impossibles à éviter, qui constituent le danger des injections hypodermiques de morphine (shock) pourtant si utiles, de l'usage prolongé du chloral (dyscrasie hématique, dystrophie, action vasomotrice), du K. Br. (torpeur cérébrale et ataxie spinale du bromisme). En présence des exaltations enthousiastes et illimitées dont l'hyoscyamine est actuellement l'objet, il est opportun d'en faire connaître les effets accessoires. Un exposé méthodique de ces effets est d'autant plus urgent que, tandis que pour la morphine et le K. Br., on commence par de petites doses pour augmenter graduellement selon le besoin, et prolonger ensuite l'ingestion médi-

[1] Nous lui consacrerons alors une plus ample analyse si les notes que nous publions ici n'en mettent pas suffisamment en relief la teneur.

camenteuse, l'expérience enseigne que l'hyoscyamine ne réussit en thérapeutique que si, d'un seul coup, on arrive à la dose maxima, on risque la dose la plus forte. Malheureusement, nous n'avons pas d'échelle physiologique qui nous permette d'évaluer approximativement la dose convenable, celle qui est indiquée pour tel individu dans tel cas particulier, celle qui doit agir sans nuire. Aussi sommes-nous devenus insensiblement si audacieux qu'étant donnée une constitution vigoureuse, disposant d'organes respiratoires sains, nous ne reculons pas d'emblée devant 1 centigramme d'hyoscyamine cristallisée de Merck ; à côté de cela, chez la femme, ou pour peu qu'on se défie de l'état du cœur et des gros vaisseaux, on se contentera de la moitié. Or, le shock manque rarement à la suite de ces doses initiales; il consiste en : ataxie, titubation, adynamie, aphonie, raucité de la voie, crampes pharyngiennes, pâleur de la face, lividité des lèvres, ralentissement et parfois petitesse du pouls, dilatation quelquefois considérable des veines. Jusque-là, il n'y a aucune crainte à avoir; ces accidents passagers disparaissent plus ou moins vite : un seul cas, celui de Mendel, se termina par la mort. Quoi qu'il en soit, ce n'est que le shock passé, que l'effet curatif désiré se produit; les malades deviennent plus calmes, plus ordonnés pour un temps plus ou moins long. Mais il y a aussi *des effets accessoires* qui restreignent ou même rendent illusoire l'effet curatif, et *forcent plus ou moins promptement à suspendre le médicament*. Les voici :

1° *Convulsion spasmodique de l'œsophage et sècheresse du pharynx*, telles que toute ingestion alimentaire est, le jour même, impossible. C'est, pour le malade, un véritable supplice de Tantale auquel ajoute encore l'altération des sensations gustatives; le pain leur semble de la paille ; l'eau, du plomb qui vient leur comprimer la gorge. Dans les cas observés par M. Schüle, il dut interrompre le traitement, et jamais il ne put obtenir l'assuétude des sujets; chaque injection était suivie des mêmes phénomènes;

2° *Troubles dans la perception sensorielle*. Les uns, légers, se rattachent à la mydriase : une malade voyait partout des cheveux; la préoccupation de les enlever lui faisait perdre le bénéfice du calme. Les autres consistent en des apparitions douées de formes : grimaces, caricatures, spectres ; de là des angoisses ;

3° *Troubles sensoriels proprement dits ou directement psychiques*. L'auteur cite deux cas caractérisés soit par des hallucinations, soit par des pseudo-hallucinations entraînant des conceptions irrésistibles tellement vivaces que l'individu, véritable croyant, est en pleine anxiété. Rêves de même nature, sensations d'incubes. Dans une des observations, la malade avait absorbé deux fois par jour trois milligr. ; les désordres disparurent aussitôt après la cessation du médicament. Dans l'autre, qui concerne aussi une femme, il fallut des mois pour que les hallucinations disparussent définitivement ;

4° *Troubles intellectuels*. Le délire hyoscyaminique consiste en l'apparition sous forme aiguë de conceptions incohérentes, confuses, puériles, accompagnées de loquacité, mussitation, grimacements et rires immotivés, radotages de diverses sortes, troubles dans la perception, sensations vertigineuses bizarres (ballottement), illusions relatives à la forme, à la couleur, à la dimension des objets, notamment des membres du malade. Du moins est-ce le tableau nosographique très résumé que nous permettent de tracer les quatre faits cités. Généralement, tout cesse avec la suspension de l'agent médicamenteux. C'est moins, en somme, un délire qu'un désordre complet dans les idées et les paroles qui les expriment.

5° *Douleurs musculaires* redoutables dans les jambes. Ces accidents que Schüle a vus survenir chez deux de ses malades, arrachent des cris aux patients immédiatement après les premières doses d'hyoscyamine.

*Discussion*. Elle permet de distinguer deux courants d'opinions. Les uns semblent, avec M. Fuerstner, redouter la dénutrition qui accompagne invariablement l'absorption de l'hyoscyamine, et qui se traduit par une perte en poids de l'individu en traitement (confirmation sur ce point de M. Schüle). Les autres avec M. Kretz[1] paraissent penser qu'en usant de la plus grande prudence à l'égard de l'administration du médicament dans les psychopathies récentes, on est autorisé à essayer de faire bénéficier les malades de ses effets thérapeutiques, et qu'en tous cas, chez les aliénés chroniques, les avantages obtenus compensent largement la diminution de poids des sujets en traitement. — M. de Rinecker rappelle, à ce propos, la communication faite au congrès des aliénistes allemands d'Eisenach en 1882, par Gnauck qui, favorable au médicament, attribue les effets pernicieux relatés au choix des préparations[2]. Or, MM. Schüle et Fuerstner font remarquer que c'est précisément de l'hyoscyamine de Merck qu'ils se sont exclusivement servis.

M. Kirn. *Communications sur les psychoses consécutives aux affections fébriles*[3]. Sous ce titre, M. Kirn présente l'histoire de six psychoses émanées de fièvre typhoïde, érysipèle, rhumatisme articulaire, bronchite aiguë, qui, toutes, à l'exception d'un cas ayant duré plusieurs semaines, ont évolué dans l'espace de quelques jours. Quatre d'entre elles se montrèrent au début ou à la phase d'acmé de l'affection fébrile (psychoses fébriles vraies), c'est-à-dire au moment où l'hyperthermie et l'accélération de la circulation entraînent de l'excitation cérébrale, et présentèrent, par intervalles,

[1] *Archives de Neurologie*, t. IV, p. 137.

[2] *Archives de Neurologie*, t. VI, p. 141.

[3] *Archives de Neurologie*, t. II, p. 263, et t. IV, p. 105 (mémoire de E. Kræpelin).

le tableau symptomatique d'une agitation psychique très marquée; on constata même, en deux cas, du délire aigu suivi de mort. Deux autres observations témoignent de l'apparition de la psychose au moment de la disparition des phènomènes fébriles (psychoses asthéniques); la vésanie, qui coïncida dans l'un des cas brusquement avec la défervescence subite de la température, devrait être rapportée, dans l'espèce, à la modification soudaine apportée dans l'irrigation encéphalique; elle devrait être, dans le second, imputée à des troubles de la nutrition du cerveau, à raison de son évolution bruyante en rapport avec la rétrocession graduelle des accidents pyrétiques. Ces psychoses asthéniques diffèrent des psychoses fébriles par le développement plus parfait des idées délirantes : guérison. Dans la plupart des observations (cinq), on arriva à fournir la preuve d'une prédisposition acquise, c'est-à-dire d'un terrain préparé par des influences ayant, au préalable, agi sur les facultés psychiques.

M. Jolly insiste à ce propos sur la prédisposition relativement à la genèse des psychoses asthéniques. Il a été frappé, quand il s'occupait du même sujet, de l'absence absolue de documents à l'appui de l'assertion tant de fois émise que les accès de fièvre intermittente peuvent être remplacés par des accès de folie apyrétique; il n'en a pu trouver d'observations personnelles, ni d'exemples dans la bibliographie.

M. Kretz. — *Remarques pour servir à l'étude de la folie aiguë partielle.* — L'auteur a, dans ces derniers temps, eu l'occasion d'en observer plusieurs cas qui, sans présenter rien de particulier quant à l'étiologie, offrent un tableau clinique précis, à raison de la netteté de la pathogénie et de l'évolution de l'ensemble des faits et doivent être réunis sous le titre de: formes classique, pures, simples. On peut les diviser en deux groupes:

1. Le premier comprend les modalités caractérisées par *l'apparition primitive d'hallucinations ou d'illusions*, portant presque exclusivement sur la vue et l'ouïe, qui deviennent après coup les facteurs des idées délirantes; ces dernières sont mobiles et ne présentent aucune tendance à se fixer. Ces entités morbides présentent, au point de vue spécial où nous nous plaçons, deux stades intéressants à étudier: le stade des prodrômes et le stade du début. Les prodrômes durent une semaine ou deux; le malade, inquiet, en proie à un malaise général, à une sorte de pressentiment vague qu'il va lui arriver quelque chose de fâcheux, est tout à coup surpris par une hallucination ou une illusion de la vue ou de l'ouïe mal définie : on l'appelle pour lui demander ceci ou cela ; il voit un objet de sa chambre se promener. Il s'adonne à ces impressions fausses, les recueille avidement, sans réagir contre elles. A ce moment, on observe parfois une légère rémission. Puis, sans répit

ni trève, le patient assiste à une succession kaléidoscopique d'hallucinations les plus variées, les plus mobiles que l'on puisse imaginer ; elles donnent naissance à des conceptions délirantes aussi polymorphes, aussi fugitives, dont la rapidité d'allures ne laisse guère le temps au sujet de se reconnaître. Cependant, elles ne l'absorbent pas au point de lui faire perdre de vue les scènes principales de la pièce qui se joue devant lui, de lui en enlever le souvenir exact. En un mot, il n'existe aucun désordre dans les idées ; il semble que le moi soit simplement spectateur des troubles psycho-sensoriels; aussi n'y a-t-il pas de délire des actes et l'impressionnabilité affective demeure-t-elle indemne. C'est, en somme, un *délire par hallucinations*.

II. Le second groupe renferme les types morbides dans lesquels ce sont les *conceptions délirantes qui ouvrent la scène* et dominent le cadre symptomatique. Ici, c'est le *délire qui entraîne les hallucinations*. Les prodrômes sont les mêmes que dans le premier groupe. Puis, soudain, apparaît une idée délirante, sous l'influence de laquelle le patient va demeurer dans tout le cours de la psychose ; il sera absorbé en entier par elle : ce n'est que lorsque l'échafaudage de la conception délirante a jeté ses fondations que se montrent les hallucinations ; elles viennent renforcer, colorer le délire sans l'altérer. La vigueur et l'intensité des hallucinations entraînent alors des manifestations d'ordre passionnel. En un mot, les idées délirantes et les hallucinations se combinent pour édifier un ensemble morbide partout continu et logique dont la forme se rapproche des modalités chroniques de la folie systématique primitive.

M. Kretz n'attribue aucun des groupes à une étiologie spéciale ; il pense que l'on n'est nullement fondé à imputer l'ensemble de ces cas à une infirmité cérébrale. Leur évolution peut atteindre six mois. Le pronostic en est favorable.

*Discussion*. M. Jolly a vu la folie systématique chronique se développer de la même façon en certains cas.

M. Fuerstner. Il s'en faut de beaucoup, à son sens, que le pronostic soit aussi favorable que le veut M. Kretz. L'élément affectif du cerveau est souvent très vivement touché; de plus il est fréquemment impossible de savoir si les idées délirantes ou les hallucinations se sont montrées les premières ; enfin, le désordre dans les idées appartient aux psychoses de tous genres et ne saurait servir de caractère pour aucune.

M. Kirn a, à plusieurs reprises, vu l'isolement être la cause unique de faits semblables ; l'isolement supprimé, il a obtenu une issue favorable, une marche rapide.

M. de Rinecker rappelle qu'une conclusion conforme au désidératum exprimé par l'auteur, relativement à l'insuffisante appré-

ciation de la folie partielle primitive par la nomenclature qui sert de base à la statistique, a déjà été conçue par le congrès des aliénistes allemands; malheureusement, faute d'une entente générale, on dut retirer la conclusion l'année suivante.

M. Fischer. *Sur les cellules capitonnées.* — Après avoir traité des indications des cellules capitonnées, des difficultés de leur aménagement et des imperfections fâcheuses qui en résultent; après avoir discuté les avantages et les inconvénients des cellules dont les parois sont en toile à voile (cellules de Schlager), l'auteur conclut en ces termes :

1° Les cellules capitonnées constituent une nécessité inéluctable pour qui veut traiter certaines manifestations morbides des psychopathes ;

2° Comme ces manifestations morbides se montrent dans les états pathologiques des formes les plus différentes représentées en tout établissement d'aliénés, comme elles mettent en certaines circonstances la vie des malades en danger, il est du devoir de tout établissement de construire des cellules capitonnées en nombre proportionné;

3° La construction incomplète d'un asile ne saurait être alléguée comme un motif suffisant à justifier l'absence de ces cellules ;

4° Comme on ne connaît actuellement pas d'installation de capitons qui mérite une absolue recommandation, nous devons nous imposer l'obligation d'avoir à nous former un jugement relatif aux améliorations possibles des systèmes existants jusqu'ici, en les essayant dans la pratique.

*Discussion.* M. Jolly insiste vivement sur le danger d'une embolie graisseuse [1], mentionnée par M. Fischer dans certains états d'agitation. Le nombre de cas de ce genre, pour être petit, n'en est pas moins constant; aussi, pour parer à cet accident, a-t-il dû se résigner à l'emploi des moyens de coercition. D'après ce qu'il a vu, au sujet des cellules capitonnées, surtout en Angleterre, celles qui ne servent pas sont en bon état, tandis que toutes celles que l'on utilise sentent mauvais.

M. Fuerstner reconnaît le besoin de semblables agencements, quoique les cas qui les nécessitent soient très rares. Certains des malades en question, surtout les aliénés qui se frottent aux parois ne sauraient être laissés dans ces cellules qui sont insuffisantes pour eux. Elles ont, d'ailleurs, bien des inconvénients. On ne peut notamment les tenir propres et la surveillance est, avec elles, trop limitée.

M. Schœfer lit un long mémoire sur la *protection des médecins et des gardiens contre les attentats dont ils sont l'objet de la part des*

[1] *Archives de Neurologie,* t. I, p. 585.

*aliénés.* — A une époque où l'on s'occupe de préserver les travailleurs de l'industrie des effets des accidents et des conséquences de la vieillesse, il serait injuste d'oublier les travailleurs du service hospitalier des aliénés. N'est-il pas équitable de s'efforcer de procurer aux gardiens des malades une situation égale à celle que nous nous efforçons d'assurer aux malades eux-mêmes? Une révision des malades plus ou moins dangereux pour leur entourage permet de les diviser en sept catégories :

1° Les aliénés tapageurs et délirants;

2° Les aliénés à penchants homicides, capables de se livrer à des voies de fait;

3° Les malades en proie à une tendance aggressive passagère : hallucinés, maniaques périodiques et surtout épileptiques;

4° Malades calmes, mais tourmentés par des idées de persécution ou nourrissant quelque animosité pour d'autres motifs ;

5° Malades des hautes classes de la société, qui, ayant leur chambre spéciale et leur gardien particulier pendant la nuit, ne peuvent accomplir leurs projets d'évasion qu'en se débarrassant d'un témoin. On rangerait dans ce groupe, outre les fous systématiques et les maniaques chroniques, le nombre incalculable des paralytiques généraux ;

6° Les malades atteints d'entités psychopathiques les plus variées, qui se sont évadés, qui sont en train de s'évader, ou qui, ayant de toute autre façon échappé à la surveillance, peuvent être munis d'une arme ou se sont barricadés. La lutte pour la liberté les rend capables de tout;

7° Il existe une foule inombrable de cas ne rentrant dans aucune des catégories précédentes qui tous ressortissent à ce fait indéniable que tout aliéné, fût-il le plus inoffensif en apparence, peut, une fois en passant, devenir dangereux.

Or, l'aliéniste a un double rôle à jouer dans la question :

1. En ce qui concerne la prophylaxie, il lui faut se préserver lui-même et préserver ses gardiens. — Comme médecin, il est en butte à toute l'inimitié des aliénés, parce qu'il détient l'autorité; aussi les attentats dirigés contre lui, surtout quand il est directeur, sont-ils les plus fréquents. En conséquence, il ne perdra jamais de vue le danger que lui fait courir sa profession; il ne se présentera jamais seul devant ses malades ; il isolera pendant la visite les aliénés agités ou dangereux; il n'accordera aux individus suspects ou capables de devenir dangereux, la liberté d'allures qu'ils réclament, qu'autant qu'elle sera compatible avec le soin de sa propre sûreté. — Les gardiens sont exposés de leur côté aux attentats, à raison de leur contact journalier avec les malades, de leurs devoirs professionnels qui consistent à aller au devant du danger dans l'intérêt même des individus confiés à leurs soins, à traiter ces derniers, malgré leurs violences, selon les règles de

l'humanité, de l'indulgence et du no-restraint. Tant de dévoûment mérite tous les égards et toutes les précautions. C'est pourquoi il faut leur recommander qu'en toutes circonstances nécessitant leur intervention, ils agissent toujours en nombre, qu'ils isolent les malades; on emploiera, au besoin, dans la cellule, le système d'inondation en usage à Stefansfeld, le jet de la pompe pour débusquer ceux qui se sont réfugiés dans un endroit inaccessible, etc. On mettra le gardien à l'abri, la nuit, d'un aliéné isolé, en l'isolant lui-même dans un cabinet voisin ou en transférant l'aliéné dans un dortoir adapté à la surveillance continue; on multipliera les surveillants dans les jardins ou les endroits retirés, etc. Soit dit sans préjudice des décisions à prendre dans chaque cas spécial.

II. Au point de vue de la loi, le médecin doit attirer l'attention du législateur sur le rôle qui incombe à l'Etat au sujet de la prévoyance que la société ne saurait refuser aux gardiens. La situation de notre personnel est la même que celle de la population générale des travailleurs. Cette profession expose aux mêmes fatigues, aux mêmes dangers que celle des ouvriers qui vivent au milieu des machines. Son sort doit donc au même titre être légalement assuré contre les nécessités de toutes sortes. Cependant, conformément à l'adage : Qui trop embrasse mal étreint : on peut, pour le moment, borner ses désirs à assurer les gardiens et les gardiennes contre les accidents proprement dits. Ceci obtenu, on pourrait ensuite prendre en main la question des pensions à attribuer aux employés en question, atteints par la maladie et la vieillesse. De là à étendre les mêmes mesures de prévoyance sociale aux gardiens hospitaliers ordinaires, aux infirmiers qui affrontent chaque jour la contagion, il n'y a qu'un pas; on verrait plus tard.

En conséquence, M. Schœfer propose à l'assemblée de vouloir bien :

1° Déclarer qu'il est tout à fait désirable que le sort des gardiens et gardiennes des établissements hospitaliers soit, d'une manière générale, assimilé à celui des autres travailleurs, et pris en considération par la législation future, et qu'en particulier, dans le projet de loi en préparation sur l'assurance contre les accidents, on comprenne soit l'ensemble des gardiens hospitaliers, soit, tout au moins, les gardiens des asiles d'aliénés.

2° Charger les curateurs du Congrès de porter cette décision à la connaissance du bureau de la Société des aliénistes allemands, et de le prier de tenir conseil sur la teneur de cette première conclusion, sauf à l'adresser ensuite, sous forme de mémoire, au Reichstag ou au conseil fédéral allemand; enfin d'informer les curateurs de ses agissements.

Avant de procéder à l'ouverture de la discussion, le président expose que, vu son mode de composition et le département qu'il représente, le congrès n'est pas autorisé à prendre une décision

dans une question d'une importance si générale. Les membres rassemblés ici peuvent se borner à émettre une déclaration dans le sens de la proposition, et à lancer la question ainsi soulevée. Adhésion de l'auteur.

M. Jolly insiste sur la difficulté de trouver et d'indiquer les motifs fondamentaux d'une règlementation législative. Pour lui, elle n'aurait de raison d'être que si elle s'appuyait sur des chiffres statistiques concernant le nombre et le genre d'accidents arrivés dans chaque asile.

M. de Rinecker fait remarquer que c'est précisément dans l'exposé des motifs que résidera le travail du comité de la société des aliénistes allemands; c'est à lui qu'il appartient de préparer les matériaux de la question.

M. Schule accepte sans réserve la motion de M. Schœfer, bien qu'il soit, en somme, extraordinairement rare que l'on ait à déplorer des lésions sérieuses de la part des aliénés. Dans les vingt années qu'il a passées à Illenau, il n'en connaît que deux cas.

Le vote par voix individuelles conclut à l'adoption des deux articles. Seulement, le premier se bornera à parler, conformément à la proposition de M. Jolly, du personnel des gardiens des aliénés.

Eu égard au congrès des naturalistes qui doit se tenir à Fribourg l'année prochaine, la réunion de Karlsruhe n'aura pas lieu.

MM. Schüle et Kirn sont de nouveau nommés curateurs pour 1884. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.* XL, 1 et 2). P. Keraval.

---

# BIBLIOGRAPHIE

VII. *Du délire épileptique ou plutôt de l'influence de l'ictus épileptique sur l'état général normal et pathologique;* par Respaut. Thèse de Paris, 1883.

On est toujours trop porté à attribuer à l'épilepsie tous les troubles mentaux qui se présentent chez un épileptique. M. Magnan [1] a montré qu'un épileptique peut être en même temps alcoolique et délirant chronique et que, chez un tel sujet, l'épilepsie, l'alcoolisme et la vésanie peuvent se cotoyer, tout en restant distinctes. Le

[1] *De la coexistence de plusieurs délires chez le même aliéné.* (*Archives de Neurologie*, t. I, p. 49.)

travail de M. Respaut vient à l'appui de la même idée, tout en s'appuyant sur des faits d'un ordre un peu différent.

En dehors ne ses attaques, les épileptiques se trouvent dans des états psychiques qui présentent des variétés sans nombre. *a)* Cet état est pathologique s'il s'agit de sujets qui sont en même temps alcooliques, délirants chroniques, impulsifs, etc. ; *b)* mais même chez des sujets sains, en dehors de l'épilepsie, l'état psychique est très différent suivant les habitudes, la profession, l'éducation, etc. Qu'il soit normal ou pathologique, qu'il soit permanent ou transitoire et précédant l'attaque, cet état psychique détermine la forme du délire, auquel l'ictus épileptique imprime son cachet pathognomonique, l'inconscience. On peut retrouver dans l'état psychique antérieur les éléments du délire épileptique, comme on y retrouve les éléments du rêve. Hughlings Jackson a cherché à expliquer les troubles intellectuels qui suivent ces accès épileptiques en disant que la décharge épileptique annule l'action directrice, paralysant momentanément les centres les plus élevés, (les centres de la volition, les centres modéro-moteurs de Ferrier), les centres inférieurs restant seuls en activité, ne peuvent plus déterminer que des actes automatiques, qui varient précisément suivant l'état cérébral antérieur.

Que l'état psychique antérieur soit normal ou pathologique, l'influence de l'action épileptique est la même ; mais elle peut se mafester sous deux formes. *a)* Dans l'une, le malade, après le choc, poursuit une idée préexistante, ou continue un acte commencé, met à exécution un projet récemment combiné, etc. La disposition mentale existante au moment de l'ictus n'est pas interrompue, qu'elle consiste en idées raisonnables, se rapportant à la profession par exemple, ou en idées de suicide, en délire alcoolique, en hallucinations sensorielles, etc.; *b)* dans l'autre, l'ictus interrompt l'idée immédiatement préexistante, ou l'acte commencé et détermine une action qui est ou bien la répétition d'une action ancienne identique, ou bien l'exécution d'une idée antérieure. Le délire épileptique n'est, en somme, souvent que l'exécution automatique d'une idée préexistante ou normale ou pathologique ; il en résulte de là qu'on est tenté d'attribuer la responsabilité de l'acte qui semble prémédité à un malade qui a agi avec une inconscience complète. La gravité du délire varie, on le comprend, suivant, que le sujet est sain d'esprit et qu'il n'a, par exemple, que des préoccupations professionnelles, ou que c'est un vésanique ordinairement en butte à des impulsions homicides ou suicides. CH. F.

VIII. *De la chute et de la dystrophie des ongles chez les ataxiques ;* par Domecq TURON. Thèse de Bordeaux, 1883.

On peut observer chez les ataxiques, en dehors de toute cause

traumatique, des chutes spontanées des ongles des orteils (Joffroy, Pitres, Pouget, Roques). Ce phénomène se produit surtout au niveau des gros orteils, mais quelquefois aussi au niveau des autres. Elles sont souvent précédées de douleurs vives, persistant de quelques jours à trois ou quatre semaines et quelquefois d'une tache ecchymotique sous-unguéale. Elles se produisent fréquemment plusieurs fois consécutives et à des intervalles variables chez les mêmes malades. Elles peuvent se manifester à plusieurs âges de la maladie. La chute spontanée des ongles peut avoir lieu dans d'autres maladies que l'ataxie locomotrice, et particulièrement dans les sections des nerfs périphériques et dans la sclérose en plaques. Il est vraisemblable qu'elle dépend immédiatement d'une altération inflammatoire ou dégénérative des nerfs des orteils. Dans les mêmes conditions, il peut se produire des dystrophies des ongles dues aux mêmes causes et accompagnées des mêmes troubles. CH. F.

IX. *Pathogénie et accidents nerveux du diabète sucré* (Thèse d'agrégation); par le Dr Ferdinand DREYFOUS, ancien interne lauréat, (médaille d'argent), des hôpitaux de Paris, etc.

Cette thèse se divise en deux chapitres que l'auteur a séparés d'une façon absolue, et auxquels il n'attribue pas une égale importance. M. Dreyfous a pensé, avec raison, qu'il devait résumer l'histoire si complexe de la pathogénie du diabète. L'état actuel de la science n'autorise pas un médecin impartial à se prononcer sur cette question délicate; et si rien n'eût été plus aisé que d'allonger presque indéfiniment ce chapitre, sans profit, puisque la conclusion était et ne pouvait être que négative ou hésitante; il était plus utile de donner un exposé concis et complet des recherches faites sur le sujet et des discussions auxquelles il a donné lieu depuis Willis. M. Dreyfous a préféré ce dernier procédé.

On peut être étonné de voir tout lien faire défaut entre les deux parties de ce mémoire; en effet, il existait une transition toute indiquée; de la théorie nerveuse du diabète, on était amené à l'étude des accidents nerveux qui en dépendent. L'auteur n'a pas pensé qu'il lui fût possible d'adopter cette théorie à l'exclusion des autres; dès lors il ne pouvait pas, en la réservant pour la dernière, lui attribuer une importance prépondérante. En comprenant la pathogénie du diabète comme il l'a fait, cette transition lui échappait; à vrai dire, elle n'eût rien ajouté à l'intérêt de son travail.

Après avoir établi la distinction entre la glycosurie, qui est un symptôme, et le diabète, qui est une maladie, M. Dreyfous est forcé de rappeler qnelques notions relatives à l'évolution du sucre dans l'économie. Il suit le sucre depuis son entrée dans le tube digestif, où sa fabrication dans la glande hépatique qui l'emmagasine

l'élabore et le déverse dans le sang, jusqu'à sa destruction, sa décomposition et son utilisation dans les tissus. Il rappelle ensuite l'expérience fameuse de Claude Bernard qui produit la glycosurie en piquant le plancher du quatrième ventricule en un point situé entre l'origine des nerfs acoustiques et pneumogastriques, et les expériences récentes de M. Laffont qui précisent le rôle des divers départements du système nerveux dans le mécanisme de la glycosurie. Cette étude nous conduit à une classification des théories du diabète fondées sur la physiologie.

L'auteur peut alors faire la critique des théories principales du diabète, en se basant sur la physiologie, l'anatomie pathologie, la clinique. La théorie *gastro-intestinale*, sans être suffisamment fondée, a pourtant abouti à une thérapeutique rationnelle : la suppression des féculents. La théorie *hépatique* a eu une époque glorieuse, quand Cl. Bernard eut montré que le foie est un organe producteur et éliminateur; mais pour Cl. Bernard la glande hépatique devrait rester toujours intacte chez le diabétique, ce qui est en contradiction avec les données actuelles de l'anatomie pathologique et même de la clinique. M. Dreyfous montre que si l'illustre physiologiste, entraîné par ses découvertes, a exagéré le rôle du foie, il a bien vu que le diabète est, avant tout, un trouble de nutrition. — La théorie *nerveuse* nous a fait passer en revue les lésions des centres nerveux et des nerfs rencontrées chez les diabétiques; mais « leur diffusion, leur multiplicité, leur variabilité, leur superficialité, dans bien des cas, prouvent qu'il faut être sur ses gardes dans l'appréciation de leur valeur exacte... le diabète n'a pas de lésion nerveuse qui lui soit propre ». Bien moins contestable est l'importance d'un choc traumatique ou moral dans la production du diabète, de même que les liens de parenté intime qui existent entre le diabète et certaines névroses. Là les faits abondent et concordent. « L'influence nerveuse et donc l'une des causes du diabète, mais elle n'en est pas la cause prochaine » et exclusive.

Les théories rattachant le diabète à un trouble de nutrition, et, en particulier celle de M. Bouchard, qui le rattache à un ralentissement de la nutrition, reposent sur des données cliniques et étiologiques de la plus haute valeur : pour lui, la glycémie des diabétiques est due à un défaut de consommation du sucre dans les tissus. L'apparition du diabète chez des personnes qui se retirent de la vie active, sa fréquence dans les professions sédentaires et chez les sujets arthritiques, tout cela prouve que dans le diabète il y a un ralentissement de la nutrition. Voilà le fait indiscutable. Mais ce ralentissement est-il le point de départ du diabète? Est-il cause ou effet? Suffit-il à expliquer le diabète maigre, le diabète pauvre, aussi bien qu'il explique le diabète gras, celui des riches?

La même réserve s'impose pour la théorie *pancréatique*. Les faits publiés par M. Lancereaux ont un intérêt réel, la lésion pancréatique

est trop fréquente dans le diabète maigre pour être négligée. Mais que dire des auteurs qui, comme M. Baumel, forcent la note au point de faire de tout diabète une maladie du pancréas ?

Ainsi se trouvent justifiées les conclusions de l'auteur que nous reproduisons textuellement. « Dans l'état actuel de la science, aucune des lésions du foie, du pancréas, du système nerveux, etc., rencontrées à l'autopsie des diabétiques, ne peut être considérée comme *la lésion* du diabète. Ces altérations sont, au contraire, consécutives au fonctionnement anormal de ces différents organes par le fait de la maladie primitive. De même que, dans les maladies du sang il existe une altération primitive ou secondaire des organes *hématopoiétiques*, de même, dans le diabète, il existe une altération des organes qui produisent, digèrent, modifient, assimilent le sucre et qu'on pourrait appeler *glycopoiétiques*. Car, quoiqu'on pense du diabète, c'est d'emblée ou secondairement une maladie générale qui doit, comme telle, agir sur tous les tissus, elle peut frapper spécialement tel ou tel appareil ; mais il répugne d'attribuer le diabète à la lésion d'un organe unique ; à une maladie générale, il faut une cause générale. » Telles sont les données du problème qui jusqu'ici, reste insoluble.

« Mais de ce que la cause première reste impénétrable, il ne s'en suit pas que nous n'ayons aucune notion sur la pathogénie du diabète. Cette cause, quelle qu'elle soit, peut être réveillée et mise en action par des *causes occasionnelles*, par un trouble survenu dans l'évolution du sucre, dans sa production, dans sa digestion, etc. On comprendrait alors qu'une lésion fonctionnelle ou même organique du foie, qu'une alimentation féculente, qu'une hygiène défectueuse, qu'une émotion morale puissent troubler l'équilibre nutritif mal établi.

« Ainsi compris, le diabète serait un quant à sa nature, multiple quant à son origine. Une autre hypothèse pourrait encore être formulée. Le diabète évolue différemment suivant la façon dont réagissent les diabétiques. Il en est de lui comme de la tuberculose qui atteint tel ou tel organe, parce qu'il est le « locus minoris resistentiæ » du sujet (cerveau, testicule, poumon) et qui a des aspects variables suivant le terrain où elle se développe. Ici c'est la phthisie fibreuse, la phthisie arthritique, là, la phthisie scrofuleuse. De même, le diabète touche plus spécialement le foie, le système nerveux, voire même le pancréas qui seraient le « locus minoris resistentiæ » du malade ; ou bien suivant le terrain où il prend naissance, il sera goutteux, nerveux, etc., si le sujet est goutteux ou nerveux. Les variétés tiendraient donc au terrain et non à la nature de la maladie qui resterait unique au milieu de ses variétés.

« Cette *unité* de diabète est elle-même sujette à révision : il est possible qu'il y ait, non pas un diabète, mais *des diabètes*, et que leur étude attentive permette de rattacher chacune d'eux à une

étiologie et une anatomie pathologique toujours la même pour une modalité clinique déterminée. Certains auteurs sont déjà entrés dans cette voie : M. Lancereaux, en faisant de la lésion pancréatique le substratum anatomique du diabète maigre, et surtout Senator, qui distingue un diabète neurogène, un diabète digestif, gastroentérogène, hépatogène.

« Une enquête, dirigée dans le sens que nous indiquons, permettra peut-être un jour de décrire plusieurs diabètes ayant chacun sa pathogénie particulière. Aujourd'hui une pareille tentative nous paraît prématurée. »

La deuxième partie de ce travail n'est pas nouvelle pour les lecteurs des *Achives de Neurologie*, qui n'ont pas oublié une revue à ce sujet et à laquelle l'auteur a fait de nombreux emprunts. Aussi releverons-nous principalement les aperçus originaux et les faits sur lesquels on a peu insisté dans ce mémoire [1].

M. Dreyfous a bien indiqué les caractères de ces accidents nerveux : « au point de vue des phénomènes nerveux, le diabète est une affection *protéiforme* ». Un autre caractère, que nous signalons dès le début, parce qu'il est commun à tous ces symptômes sans exception, c'est que ce sont des manifestations *imprévues*, survenant à une époque quelconque du diabète; ils n'ont pas d'époque fixe : alors même que la maladie est connue, *rien ne peut faire prévoir s'il se produira, à un moment donné, des manifestations nerveuses*. Elles se différencient donc de celles de l'alcoolisme; encore mieux, de celles de la syphilis; dans l'alcooltsme, l'étude des antécédents des malades permet, dans une certaine mesure, d'annoncer leur imminence; dans la syphilis, où les étapes sont encore mieux marquées, alors même que les accidents sont subits en apparence, on peut, par une étude rétrospective des faits, les relier presque à coup sûr à des phénomènes morbides antérieurs, méconnus ou oubliés, mais certains.

Passant aux troubles de *motilité*, l'auteur décrit l'affaiblissement musculaire du début; il indique un fait peu connu et qui mérite d'être relevé : un traumatisme, si léger qu'il soit, peu devenir l'occasion d'une perte rapide et inattendue des forces du malade. Quant à sa cause, ne peut-on la trouver dans l'effacement de l'influence nerveuse centrale, chez les diabétiques? Rappelons-nous que le professeur Bouchard a signalé chez eux l'absence du reflexe patellaire, et que M. Landouzy l'a constatée cinq fois sur douze cas observés. S'appuyant sur ce fait, M. Dreyfous s'exprime ainsi : « Elle est l'indice d'un état particulier du système nerveux qui débute par l'affaiblissement musculaire et aboutit au coma diabétique. Si la motilité est seule atteinte tout d'abord, il n'y faut

[1] Bernard et Féré.—*Des troubles nerveux observés chez les diabétiques.* (*Arch. de Neurologie*, 1882, t. IV, p. 336.)

voir qu'un fait de notion constante en neurologie; dans les maladies de la moelle, la lésion d'une région limitée peut abolir la motilité, tandis que la sensibilité persiste tant qu'un cordon nerveux, si petit qu'il soit, peut en assurer la transmission vers les centres nerveux. »

Les *paralysies* doivent être divisées en paralysies *vulgaires* et paralysies *diabétiques*. Ces dernières peuvent être des monoplégies, des hémiplégies et même des paraplégies. Quatre caractères les individualisent : elles sont *initiales*, c'est-à-dire apparaissant au début reconnu de la maladie, *incomplètes*, *associées* et rarement isolées, enfin *mobiles* et passagères.

La paralysie de la *sensibilité* peut présenter les mêmes caractères. D'autres troubles de sensibilité, tels que l'hyperesthésie, les névralgies, méritent d'être signalés. Amélioration par le traitement diabétique, intensité de la douleur, résistance à la médication des névralgies, distribution symétrique ou capricieuse : voilà ce qu'elles présentent de particulier. Mentionnons la névralgie du pneumogastrique indiquée par M. le professeur Peter, et, d'une façon toute spéciale, l'*angine de poitrine* observée pour la première fois chez les diabétiques par M. Vergely. Comme les paralysies étudiées plus haut, cette angine de poitrine ne serait pas *pure*; elle serait souvent provoquée par un refroidissement, parfois nocturne (Dreyfous), curable par le traitement anti-diabétique.

Les troubles des *fonctions génitales* et des *organes des sens* sont ensuite décrits. Mentionnons quelques faits nouveaux dans l'étude des *troubles oculaires*. A l'ophthalmoscope, on rencontre des hémorrhagies rétiniennes qui peuvent être caractéristiques du diabète (Parinaud); ou bien, sans lésion ophthalmoscopique, il existe de l'amblyopie ou de l'hémiopie. Quant aux paralysies oculo-motrices, elles sont incomplètes, passagères, associées comme celles des membres (Parinaud).

Parmi les troubles *cérébraux*, le plus important est « un changement profond dans l'allure du malade : il perd toute initiative individuelle et devient véritablement apathique, et pour ainsi dire *passif*: il perd et la faculté et le désir, le besoin, le goût de l'activité sous une forme quelconque ?. . . A cette perte de force impulsive, ajoutons la diminution de tous les appétits (Laségue). Ainsi le malade a la force de marcher, mais il n'y a aucun goût : l'idée ne lui vient pas, ou, si elle vient à son esprit, il n'a pas le courage de passer de la conception à l'exécution. »

« Il refuse toute nourriture; il ne saurait dire pourquoi, mais il n'a de goût à rien; les mets les mieux choisis, ceux qu'il préfère habituellement, rien ne peut l'y engager; il n'en a pas idée, et il ne mange pas. » Nous recommandons à nos lecteurs le tableau de ce que M. Dreyfous appelle l'*état mental* du diabétique.

Il cite ensuite la *narcolepsie*, le *délire*, les *vertiges*, *syncopes*,

*apoplexies*, puis quelques *troubles vaso-moteurs et trophiques* parmi lesquels la *rétraction de l'aponévrose palmaire*.

Il arrive enfin à la description de l'accident le plus redoutable de tous : le *coma diabétique* : il le caractérise d'un mot ; c'est un coma dyspnéique. Le coma peut apparaître à trois époques : 1° coma initial et précoce ; 2° coma tardif ; 3° coma apparaissant dans le cours du diabète reconnu. M. Dreyfous donne de ce coma diabétique une description didactique en adoptant la division suivante : A. *Période prodromique* ; phénomènes d'excitation ou de dépression, douleurs, convulsions chez l'enfant, et surtout odeur *sui generis*. — B. *Période d'invasion*. Suivant que ce sont les phénomènes respiratoires, digestifs ou généraux qui dominent la scène pathologique, on peut distinguer les variétés suivantes : phase dyspnéique, caractérisée par un rythme spécial (type Kussmaul et Kien). — Phase abdominale qui vient présenter les trois types suivants : péritonitiques, gastriques et cholériformes. — Enfin plus rarement, phase d'épuisement. — C. *Période comateuse*. Une fois établi, le coma rétrocède rarement. Il présente deux caractères : 1° il s'accompagne d'hypothermie ; 2° il ne s'accompagne pas de convulsions, ni de contractures.

Dans l'*étiologie* du coma diabétique, relevons deux faits importants : 1° son apparition à l'occasion d'un voyage, d'une fatigue, d'un choc moral ou physique, d'un accident médical ou chirurgical intercurrent (colique hépatique, diarrhée, opération de cataracte); 2° l'influence nocive des narcotiques chez les diabétiques qui sont sous le coup du coma.

La *pathogénie* des accidents comateux reste encore obscure, on a invoqué les théories suivantes : 1° lipémie ; 2° urémie ; 3° anurie ; 4° hyperglicémie ; 5° acétonémie ; 6° déshydratation des tissus. Toutes ces causes peuvent intervenir suivant les cas « il est une condition invariable et qui donne à ces accidents leur véritable cachet : c'est le terrain où ils se développent, c'est l'impossibilité de réagir où se trouve le diabétique, c'est son état de défaillance ». De plus les globules sanguins chez les diabétiques absorbent moins d'oxygène ; le fait qui s'observe dans l'urémie et dans les fièvres graves, où la dyspnée apparaît au premier plan de la scène morbide, explique peut-être pourquoi la souffrance des centres nerveux dont l'amoindrissement est alors porté jusqu'à un anéantissement complet, s'exprime par l'apparition du coma dyspnéique.

Cet état de défaillance, sur lequel M. Dreyfous insiste au commencement et à la fin de cette étude, lui permet de reconnaître une certaine unité au milieu de la multiplicité et de la diversité des accidents nerveux : c'est là un point que l'auteur a eu le mérite de bien mettre en lumière mieux, croyons nous, qu'on ne l'avait fait avant lui. Ch. F.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

*Du tremblement*; par GOUGELET. Thèse de Paris, 1883.

*Essai sur les altérations fonctionnelles et organiques de l'appareil de la vision survenant sous l'influence combinée de l'alcool et du tabac*; par DAVID. Thèse de Paris, 1883.

*De l'élongation du nerf nasal externe dans le traitement du glaucome*; par TROUSSEAU. Thèse de Paris, 1883.

*Contribution à l'étude des atrophies musculaires à distance appelées encore atrophies réflexes*; par DESCHAMPS. Thèse de Paris, 1883.

*Essai sur la pathogénie du crétinisme*; par VÉRDAN. Thèse de Paris, 1883.

*Observation d'hystérie chez un jeune homme de dix-sept ans*; par le Dr RUEFF. (*France médicale*, t. Ier, 1882).

*Observation de sclérose en plaques disséminées : début apoplectiforme, hémiplégie droite, troubles de la sensibilité; pas d'autopsie*; par M. LECOQ. (*France médicale*, t. Ier, 1882).

*Hémichorée avec hémianesthésie sensitive et sensorielle chez une jeune fille hystérique. Guérison rapide par la faradisation d'un point limité du tégument externe*; par le Dr MERKLEN. (*France médicale*, t. Ier, 1882).

---

# FAITS DIVERS

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours pour la nomination à six places vacantes d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Ville-Évrard et Vaucluse).* — Le lundi, 3 décembre 1883, à midi précis, il sera ouvert à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination à six places d'interne titulaire en médecine actuellement vacantes dans lesdits établissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, bureau du personnel, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 1er jusqu'au samedi 17 novembre 1883 inclusivement.

*Conditions de l'admission et formalités à remplir.* — Pourront concourir à l'internat en médecine dans les asiles de Sainte-Anne,

Ville-Évrard et Vaucluse, tous les étudiants en médecine pourvus de douze inscriptions et âgés de moins de trente ans révolus, le jour de l'ouverture du concours.

Chaque candidat, pour être inscrit au concours, doit produire les pièces ci-après : 1° Un acte de naissance; 2° Un extrait du casier judiciaire; 3° Un certificat de vaccine; 4° Un certificat constatant qu'il est pourvu de douze inscriptions en médecine; 5° Un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de sa commune ou le Commissaire de police de son quartier. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la cloture des listes, ou qui ne serait pas accompagnée de toutes les pièces ci-dessus désignées, ne sera pas accueillie.

Les épreuves du concours aux places d'interne en médecine sont réglées comme il suit : *Épreuve d'admissibilité* : 1° Une épreuve écrite de trois heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux. Cette épreuve pourra être éliminatoire si le nombre des concurrents dépasse le triple des places vacantes. — *Épreuve définitive* : 2° Une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après un quart d'heure de préparation. — Le maximum des points à accorder pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : pour l'épreuve écrite, trente points. Pour l'épreuve orale, vingt points. Le sujet de l'épreuve écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées avant l'ouverture de la séance par le jury.

Pour les épreuves orales, la question sortie est la même pour ceux des candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le Jury avant l'ouverture de chaque séance. L'épreuve orale peut être faite en plusieurs jours, si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance. Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au sort à l'ouverture de chaque séance. Le jugement définitif porte sur l'ensemble des deux épreuves (écrite et orale). Les premiers reçus au concours sont nommés internes titulaires.

La durée des fonctions des internes titulaires est de trois ans. Les internes titulaires reçoivent, outre le logement, le chauffage, l'éclairage et la nourriture, dans les proportions déterminées par les règlements, un traitement annuel fixe de huit cents francs à l'asile Sainte-Anne et de mille cent francs aux asiles de Ville-Évrard et de Vaucluse. La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen. Ce mode de répartition assure à presque tous les internes un séjour d'au moins une année sur trois dans un des services de l'asile Sainte-Anne, situé dans l'enceinte de Paris. Un interne ne pourra rester plus de deux ans dans le même service. Tout interne

titulaire est autorisé à passer sa thèse de doctorat aussitôt après sa nomination.

— *Concours pour deux places d'internes en pharmacie.* — Un concours pour la nomination à deux emplois d'interne en pharmacie, dans les asiles publics d'aliénés de la Seine (Sainte-Anne à Paris, Ville-Evrard et Vaucluse dans Seine-et-Oise), sera ouvert le lundi 10 décembre 1883, à une heure précise. Pourront prendre part à ce concours tous les étudiants en pharmacie âgés de 20 ans au moins et de 27 ans au plus.

Les candidats devront se faire inscrire à Paris, au siège de la Préfecture de la Seine (bureau du personnel), du 8 au 27 novembre 1883 inclusivement. Chaque candidat devra produire les pièces ci-après : 1° Un acte de naissance ; — 2° Un extrait du casier judiciaire ; — 3° Un certificat de vaccine ; — 4° Un certificat de bonnes vie et mœurs ; —5° Des certificats constatant trois années d'exercice dans les pharmacies, dont une dans la même maison. — Le concours porte sur la chimie, la pharmacie et l'histoire naturelle.

La durée des fonctions d'interne est de trois ans. — La répartition des intermes dans les divers services d'aliénés se fait daus l'ordre de classement établi par le jury d'examen. Les avantages attachés à la situation d'interne dans les asiles publics d'aliénés de la Seine comportent le logement, le chauffage, l'éclairage, la nourriture et un traitement fixe et annuel de 800 francs à l'asile Saint-Anne et de 1,100 francs dans les asiles de Ville-Evrard et de Vaucluse, situés en dehors Paris.

Nécrologie. — M. Parrot, professeur de clinique des maladies des enfants, est décédé le 5 août. Outre de nombreux travaux de pathologie médicale, M. Parrot a publié de nombreuses recherches sur la Neurologie, parmi lesquelles nous citerons : *Etude sur l'encéphalopathie urémique et le tétanos des nouveau-nés* (*Arch. gén. de Méd.*, 1872); — *Sur le ramollissement de l'encéphale chez le nouveau-né* (*Arch. de Physiologie*, 1873); — *Observation d'atrophie complète du lobule de l'insula et de la troisième circonvolution du lobe frontal du côté droit, avec conservation du langage et de la faculté du langage articulé*; — *Sur un cas d'hydatide du cerveau;* — *Note sur un cas de rupture de la moelle chez un nouveau-né, par suite de manœuvres pendant l'accouchement;* — *Sur un cas de lipome de la pie-mère cérébrale*; — *Sur un cas de paralysie infantile* (avec M. Joffroy); — *Note sur l'anatomie pathologique de la paralysie faciale consécutive à l'application du forceps* (avec M. Troisier) ; — *Recherches sur le développement du cerveau chez les enfants du premier âge;* — *Considération sur le zona* (*Union médicale*, 1856); — *Etude sur la sueur de sang et les hémorrhagies névropathiques* (*Gaz. Hebd.*, 1859); — *De la dislocation des os du crâne dans la méningite chez les enfants* (*Revue de Médecine*, 1882); — Articles :

*Angine de poitrine, asthme, ramollissement cérébral,* dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, de M. Dechambre.

NOMINATIONS. — Par arrêté du 12 septembre 1883, M. le Dr Paul GÉRENTE est nommé directeur-médecin de deuxième classe de l'asile départemental d'aliénés, en construction à la Bouzaréa, près Alger. — M. le Dr CAMUSET, médecin-adjoint de l'asile de Vaucluse (Seine), est nommé médecin en chef du quartier des aliénés de l'hospice Saint-Jacques, de Nantes, en remplacement de M. le Dr PETIT, décédé. Cette vacance existait depuis une dizaine de mois et aurait dû être comblée depuis longtemps.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES DE COPENHAGUE. — Ce congrès, qui s'ouvrira du 10 au 16 août 1884, comprend une section de neurologie et de psychiâtrie, ayant pour président M. le professeur Steenberg et pour secrétaire M. le Dr Friedenreich.

*Programme provisoire de la section de psychiâtrie et de neurologie.* I. *Psychiâtrie.* — 1. Aperçu statistique sur les maladies mentales et les institutions psychiâtriques des pays du nord ; — 2. Proposition de conformité des comptes rendus annuels des asiles d'aliénés des différents pays ; — 3. Le rôle des colonies dans le traitement des aliénés ; — 4. La valeur des exercices dans le traitement des maladies mentales ; — 5. Le rôle des écoles pour la production des maladies mentales ; — 6. La température du corps pendant les stades primaires des maladies mentales ; — 7. L'aliénation mentale dans l'enfance ; — 8. Perversité de l'instinct sexuel ; — 9. Les troubles psychiques qui peuvent remplacer un accès épileptique ; — 10. Le rôle de la syphilis dans la paralysie générale ; — 11. Des caractères anatomiques des cerveaux des idiots ; — 12. Quelle méthode faut-il préférer pour désaccoutumer de l'usage de la morphine et en quelles conditions se fait-il le mieux ?

II. *Neurologie.* — 1. L'effet des lésions des nerfs périphériques pour produire des altérations anatomiques dans les organs nerveux centraux ; — 2. Dégénérations secondaires dans le cerveau et dans la moelle épinière ; — 3. Les troubles de la parole d'origine corticale ; — 4. Les troubles de la vision d'origine corticale ; — 5. Epilepsie corticale ; — 6. Neuroses vasomotrices et trophiques ; — 7. La valeur des affections des organes périphériques (surtout les organes sexuels) pour produire des troubles fonctionneles des nerfs, spécialement l'hystérie ; — 8. La sclérose latérale amyotrophique ou paralysie bulbaire progressive amyotrophique, surtout à l'égard de la constance des lésions anatomiques et de sa différence ou son identité avec l'atrophie musculaire progressive (Aran-Duchenne) ; — 9. La curabilité du tabes dorsalis ; — 10. Le rôle de la syphilis dans l'étiologie du tabes dorsalis ; —

11. La paralysie de Landry est-elle une maladie particulière ou seulement un symptôme qui peut être produit par différents processus pathologiques? — 12. La valeur de la tension des nerfs comme méthode de guérison.

Les adhérents qui jugeront convenable de faire des additions ou des modifications à ce programme, sont priés de communiquer leur avis au président de la section, avant le 1er décembre 1883.

*Le rédacteur-gérant*, BOURNEVILLE.

---

# TABLE DES MATIÈRES


Aliénation mentale consécutive à une leucorrhée, 424.
Aliénés (hors de l'asile), 140 ; — (troubles dans la sphère du système nerveux périphérique chez les), 405 ; — (pouls chez les), 408, 410; —(hypothermie chez les), 409; —(protection des médecins et des gardiens contre les attentats dont ils sont l'objet de la part des), 431.
Aliénés (entretien des), 294, 303.
Aliénés criminels, 139, 142.
Anesthésiques, 295.
Aphasie, 147.
Aphasique (affaiblissement intellectuel), 149.
Asiles, 301.
Assassinat par un épileptique, 161.
Ataxiques (affections osseuses et articulaires du pied chez les), par Charcot et Féré, 305.
Atropine (influence sur l'épilepsie), 267.

Basedow (sur la nature et sur quelques-uns des phénomènes de la maladie de), par Marie, 79.
Béribéri, 288.
Blépharospasme douloureux (traitement du), 103.
Bromure d'éthyle, 154.
Buveurs (affections spinales particulière observée chez les), 109; — (asiles pour les), 136.

Cellules capitonnés, 431.
Céphalée des adolescents, par Th. Keller, 1, 203.
Cérébrales (connexions — et cérébelleuses des 3e à 12e paires nerveuses), 94.
Cérébrales (variétés des circonvolutions), 97.
Cerveau (sur un faisceau de substance blanche jusqu'alors rarement observé à la base du), 96; (circulation dans le), 98; — (préparations microscopiques du), 275; — (lésions de l'écorce du), 421.
Cervelet (atrophie avec sclérose du), 118.
Circonvolutions cérébrales (troubles de la sensibilité et de l'acuité visuelle dans les lésions des), 107.
Chloral à doses réfractées dans les périodes d'agitation, 423.
Congrès annuel de la Société des médecins aliénistes allemands, 135.
Congrès des aliénistes de l'Allemagne du sud-ouest, 123.
Conscience de la maladie dans les maladies mentales, 404.
Couleurs (perception des), 99.
Crimes commis dans l'état d'inconscience, 419.

Délire aigu idiopathique (cause anatomique du), 151, 412, 423.
Délirantes (idées), 408.
Démence paralytique et syphilis, par Snell, 264.
Démence aiguë, stupeur, états du même ordre, 270.
Déviation conjuguée des yeux et rotation de la face dans les lésions bulbo-protubérantielles, 112.
Diabète (pathogénie et accidents nerveux du), par Dreyfous, 436.
Divorce et folie, 261.
Drap mouillé dans les psychoses, 152.

Encéphalite parenchymateuse limitée de la substance grise avec épilepsie partielle comme syndrome clinique, par Danillo, 217.
Encéphalopathie saturnine, 117.

Epilepsie (perte en poids à la suite d'un accès d'), 271; — (pathogénie de l'épilepsie pendant l'enfance), 410.
Epilepsie jacksonnienne, 117.
Epilepsie, vertiges, 161.
Epilepsie (influence de l'atropine sur l'), 267; — (notes sur l'), 409.
Epileptique (du délire — ou plutôt de l'influence de l'ictus épileptique sur l'état général normal et pathologique), par Respaut, 434.
Epileptiques (oscillations pondérales chez les), 266; — (soins préventifs à l'égard des), 137; — (accusé d'incendie), 148.
Ergotisme, 111.
Exposition phréniâtrique de Voghera, 302.

Folie et divorce, 261.
Folie aiguë partielle, 429.
Folie périodique (température dans la), 272; — (impulsive), 407; — (circulaire), 407.
Folie (simulation de la), 278.
Folie avec conscience (recherches sur la), par Marandon de Montyel, 34.

Genou (phénomène du), 277.
Goître, 290.

Hallucinations (des) bilatérales de caractère différent, suivant le côté affecté, par Magnan, 336.
Hyoscyamine, 205; — (effets accessoires de l'), 426.
Hypnotiques hystériques considérés comme sujets d'expérience en médecine mentale (illusions, hallucinations, impulsions irrésistibles provoquées, leur importance au point de vue médico-légal), par Féré, 122.
Hypochondrie, 141.
Hystéro-neuroses, 155.
Hystériques (les phénomènes et les révélations de sainte Thérèse), par Hahn, 285.
Hystérique (surdité dans l'hémianesthésie), 104.

Idiotie et épilepsie partielle consécutive à une méningo-encéphalite chronique, par Bourneville et Leflaive, 236.
Invalides psycopathes de la guerre de 1870-1871, 138.
Iodoforme chez les aliénés, 422.
Iris (mouvements de l'), 98.

Kakké, 288.

Langage (développement du) chez les enfants, par Sikorsky, 319.
Loi de 1838, 121.

Maladies mentales (température dans quelques formes de), 403.
Manie transitoire consécutive à la fièvre intermittente des ouvriers en laiton, 409.
Médico-légal (rapport), 406.
Méningite chronique (contribution à l'étude des lésions du bulbe consécutives à la), 102.
Mérycisme (du), par Bourneville et Séglas, 86, 246, 376.
Microcéphalie, par Bourneville et Wuillamié, 72.
Moelle (dégénérescence secondaire de la), 281; — (structure de la), 97; — (syphilis de la), 105; — (maladies de la), par Byrom-Bramwell, 155.
Moral insanity, 145, 406.
Morphinisme, 154.
Moteurs (centres corticaux), 98.
Mouvements (perception des), 97.
Myélite aiguë, 275.

Névrites périphériques non traumatiques (contribution à l'étude des), par Pitres et Vaillard, 180.
Noyau lenticulaire, 146.

Olfactif (tractus), 96.
Optiques (physiologie des couches), 115.
Ouïe (psychoses dans les affections de l'organe de l') 425.

Paralysie générale (troubles de la vue dans la), 280; — chez la femme, 154; — altérations de l'écorce cérébrale dans le premier stade de la), 411.
Paralysie progressive, 408.
Paralysie générale syphilitique (pseudo-), 413.
Paralysie générale (frictions du crâne dans la), 266.
Paralysie générale spinale à marche rapide et curable, 99.
Paralysie ascendante aiguë, 119.
Paralysie progressive des aliénés, 283.

Paralytiques généraux (les troubles de la vue d'origine cérébrale chez les), 402.
Pédoncule cérébelleux (dégénérescence grise du), 278.
Pellagreux (fous), 411.
Psychopathologie du jeune âge, 412.
Porencéphalie, 156, 275.
Protubérance (cas d'hémorrhagie de la — ayant entraîné des dégénérescences secondaires dans le ruban de Reil), 110.
Psychiques (états douteux), 282.
Psychoses transitoires, 409.
Psychoses consécutives aux affections fébriles, 428.
Pupille chez les aliénés, 404.
Pupilles sautantes, 284.

Rhéostat à manivelle coudée, 275.

Sclérose tubéreuse multiloculaire de l'écorce du cerveau, par Brückner, 265.
Sensations (des), 144, 269
Sensation sexuelle contraire, 268.
Société psychiâtrique de Berlin, 282, 419.
Société de psychiâtrie et de psychologie légale de Vienne, 144.
Société psychiâtrique de la province du Rhin, 148.
Société médico-psychologique, 120 272, 413.
Société de psychiâtrie et des maladies nerveuses de Berlin, 275.
Sorcières (de quelques médicamens naturels, qui endorment et par le moyen desquels les — sont quelquefois trompées, etc.), 296.
Spinale (affection particulière observée chez les buveurs), 109.
Superstition et responsabilité, 268.
Syphilis et tabes, 107.
Système nerveux central (affections du), 105 ;—(dans l'ergotisme), 111.

Tabes (accidents apoplectiformes du —), 279 ; — troubles vertigineux dans le), 101.
Tabétique (pied), par Charcot et Féré, 305.
Température dans la folie périodique, 272.
Trijumeau (anesthésie du), 278.

Ulcères variqueux (pathogénie des), 101.

Vertébrale (abcès de la région), 103.
Vésanie (quelques considérations sur l'évolution du délire dans la), 17, 170.
Vésicaux (Gliome à l'extrémité supérieure du filum terminal, ayant comprimé isolément les filets nerveux), 109.

# TABLE

## DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS


Bechterew, 403.
Berger, 134. 408,
Bernard, 101, 102, 103. 104, 114.
Bernhardt, 107, 279, 423.
Blanchard, 98, 99.
Blanche, 121, 261.
Binswanger, 275, 276, 278, 409.
Bourneville, 72, 86, 236, 246, 376.
Briand, 122, 274, 418.
Brückner, 265.
Bubnoff, 412, 413.
Bumm, 96.
Byrom-Bramwell, 155,

Chambard, 117, 264.
Charcot, 305.
Charpentier, 120, 272, 413.
Claus, 105, 410.

Danillo, 217.
Déjerine, 99.
Delasiauve, 273, 418.
Deny, 292.
Domecq-Turon, 435.
Dreyfous, 436.
Drosnes, 412.

Eckelman, 422.
Emery, 99.
Erlizky, 412.
Eyzelein, 420.

Féré, 123, 155, 156, 272, 274, 288, 305, 435, 436, 441.
Fischer, 109.
Foville, 121.
Fraenkel. 419.
Fritsch, 209.
Fuerstner, 425.

Garnier, 418.
Gérente, 17, 170.
Giacomini, 97.
Giraudeau,102.
Gnauck, 141, 281.
Golgi, 96.
Grashey,408.
Grieff, 105.
Guéniot, 103.

Haase, 272.
Hahn, 285.
Hayem, 102.
Hertz, 149, 151.
Hewitt, 155.
Hirschberg, 280.
Hollænder, 145, 406.

Ideler, 420, 421.

Jehn, 152, 410.
Jorissenne, 98.

Kéraval, 95. 96, 105, 107, 108, 110, 111, 112, 118, 119, 120, 143, 153, 154, 159, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 282, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412. 423, 434.
Keller, 1, 203.
Kirchholf, 118.
Kirn, 428.
Knecht, 117. 421.
Kœllner, 267.
Kojewnikof, 357.
Krantz, 271.
Kretz, 265, 429.
Kundrat, 156.

Lachmann, 109.
Landouzy, 99.
Laura, 97.
Leflaive, 236.
Legrand du Saulle,161, 272, 273,274.

Leppmann, 154.
Lœhr, 142, 282, 420.
Luys, 115, 261, 273.

Magnan, 274, 336, 415.
Marandon de Montyel, 34.
Marie, 79, 290, 101, 105, 412.
Marcacci, 98.
Mendel, 278, 279, 283, 411.
Meyer, 110.
Meynert, 144, 146, 147, 209.
Moeli, 275, 281, 404.
Mongeri, 406.
Mosso, 98.
Motet, 121, 273, 274, 418.

Oebeke, 266.
Olderogge, 266.

Panas, 103.
Pelman, 137.
Pfungen (von), 148.
Pignol, 97.
Pick, 404.
Pitres, 180.
Pohl, 407.
Pusinelli, 107.

Quénu, 101.
Quioc, 112.

Remak, 276.
Reinhard, 276.
Respaut, 434.
Reverdin, 290.
Rinccker, 423, 424.
Richter, 421,
Roller, 94.

Scheube, 288.
Schœfer, 407.
Schule, 426.
Schultze, 119.
Schulz, 119, 148.
Schwaab, 138.
Schwartzer, 268.
Séglas, 86, 246.
Senator, 278.
Siebold, 409.
Siemens, 140, 408, 409.
Sikorsky, 319.
Sioli, 412.
Snell, 264.
Stenger, 402, 431.
Sterz, 268.

Tigges, 405.
Tornnini, 411.
Tuczek, 411, 141.

Ullrich, 117.

Vaillard. 180.
Voigt, 152.
Voisin, 418.

Walton, 101, 104.
Wernicke, 279.
Westphal, 275, 276, 277.
Wuillamié, 72.

Zinn, 139.

Imp. Becquet fr. Paris.

# EXPLICATION DES PLANCHES

## PLANCHE PREMIÈRE

*Microcéphalie : face convexe du cerveau.*

$F^1$, première circonvolution frontale.
$F^2$, seconde circonvolution frontale.
$F^3$, troisième circonvolution frontale.
$Fa$, frontale ascendanle.
$Pa$, pariétale ascendante.
$SR$, sillon de Rolando.
$P^1$, lobule pariétal supérieur.
$P^2$, lobule pariétal inférieur.

## PLANCHE II

*Microcéphalie : base du cerveau.*

$O^1$, première circonvolution orbitaire.
$O^2$, seconde circonvolution orbitaire.
$O^3$, troisième circonvolution orbitaire.
$T^3$, $T^4$, troisième et quatrième circonvolutions temporales.

Imp. Becquet fr. Paris.

Fig. 3.

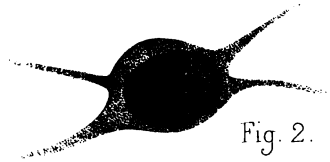


Fig. 2.

Fig. 4.
$\frac{3}{8}$ V^c

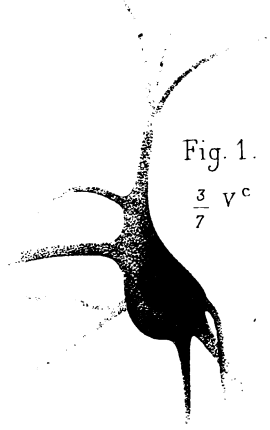


Fig. 1.
$\frac{3}{7}$ V^c

Fig. 5.
$\frac{3}{7}$ V^c

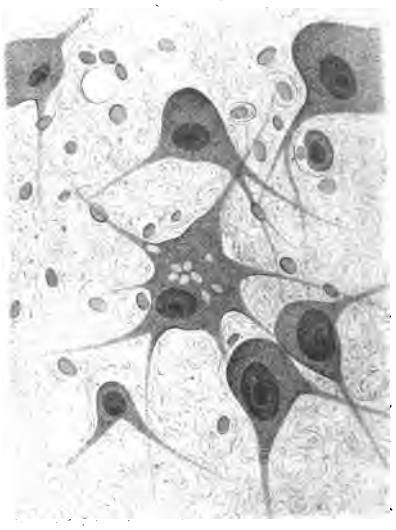


Fig. 6.
$\frac{3}{7}$ V^c

Imp. Becquet fr. Paris.

## PLANCHE III

*Fig.* 1. — Cellule pyramidale géante isolée de la région de la lésion. Tuméfaction du corps au début, sans altération du noyau et du nucléole. (Verick. 3/7.)

*Fig.* 2. — Cellule de la même région, tuméfaction plus prononcée, intéressant le noyau et le nucléole, et se propageant sur les prolongements qui s'amincissent rapidement (Verick, 3/7.)

*Fig.* 3. — Vacuolisation d'une cellule pyramidale prise du fond du sillon, Déplacement du noyau à la périphérie, atrophie des prolongements fortement tuméfiés à leur origine. (Verick 3/7.)

*Fig.* 4. — Coupe verticale par la partie tuméfiée à la base du sillon, près de la substance blanche. Double coloration à l'hémotoxyline et au carmin. Tuméfaction des cellules à divers degrés avec conservation des noyaux dans leur protoplasma. Les noyaux sont particulièrement nombreux au voisinage des vaisseaux. (Verick, 3/2.)

*Fig.* 5. — Coupe verticale à travers la substance grise du fond du sillon entre la première et deuxième frontales de l'hémisphère sain (*gauche*). Les grandes cellules pyramidales ne présentent pas d'altérations ni du corps ni des prolongements, ni du noyau. Coloration par le carmin. (Verick, 3/7.)

*Fig.* 6. — Coupe identique à la précédente par le même endroit de l'hémisphère lésé (*droit*). Tuméfaction des cellules à divers degrés, avec ou sans déplacement du noyau. Le centre est occupé par une grande cellule tuméfiée et vacuolisée en même temps avec atrophie des prolongements. Les vaisseaux et les noyaux libres de la névroglie sont peu nombreux. (Verick, 3/7.)

*N.-B.* — Tous les dessins ont été faits à la chambre claire de Romenshausen.

## PLANCHE IV

*Méningo-encéphalite : face convexe de l'hémisphère droit.*

*Fa*, frontale ascendante.
*Pa*, pariétale ascendante.
*P*, pli pariétal supérieur.
*T*, partie postérieure des circonvolutions temporales.
*T*[1], première temporale.

La Planche montre, entre P et T, un vaste foyer intéressant le pli pariétal inférieur, le pli courbe, etc.

Imp. Becquet fr. Paris.

## PLANCHE VI

*Fig. 1. — Coupe horizontale de l'hémisphère gauche immédiatement sous l'opercule.*

*L. f.*, Lobe frontal.
*L. t.*, Lobe temporal.
*L. oc.*, Lobe occipital.
*Sc. S.* Scissure de Sylvius.
*Ins.*, Insula de Reil.
*V. l.*, Ventricule latéral.
*N. c.*, Noyau caudé.
*N. l.*, Noyau lenticulaire.
*C. opt.*, Couche optique.
*Sp. c. c.*, Coupe du corps calleux.
*C. in. a.*, Moitié antérieure de la capsule interne.
*C. in. p.*, Moitié postérieure de la capsule interne.
X, Place où ont été trouvés les corps granuleux.

*Fig. 2. — Coupe horizontale de l'hémisphère droit à 1/2 centimètre environ plus haut que la précédente.*

*L. f.*, Lobe frontal.
*L. oc.*, Lobe occipital.
*Sc. S. a.*, Rameau ascendant de la scissure de Sylvius.
*Sc. pr.*, Scissure præcentrale.
*C. c. a.*, Circonvolution centrale antérieure (frontale ascendante).
*Sc. R.*, Scissure de Rolando.
*C. c. p.*, Circonvolution centrale postérieure (pariétale ascendante).
*Sc. par.*, Scissure interpariétale.
*Sc. S. h.*, Rameau horizontal de la scissure de Sylvius.
*C. c.*, Corps calleux.
*N. c.*, Noyau caudé.
X, Place où ont été trouvés les corps granuleux.

Fig. 1.

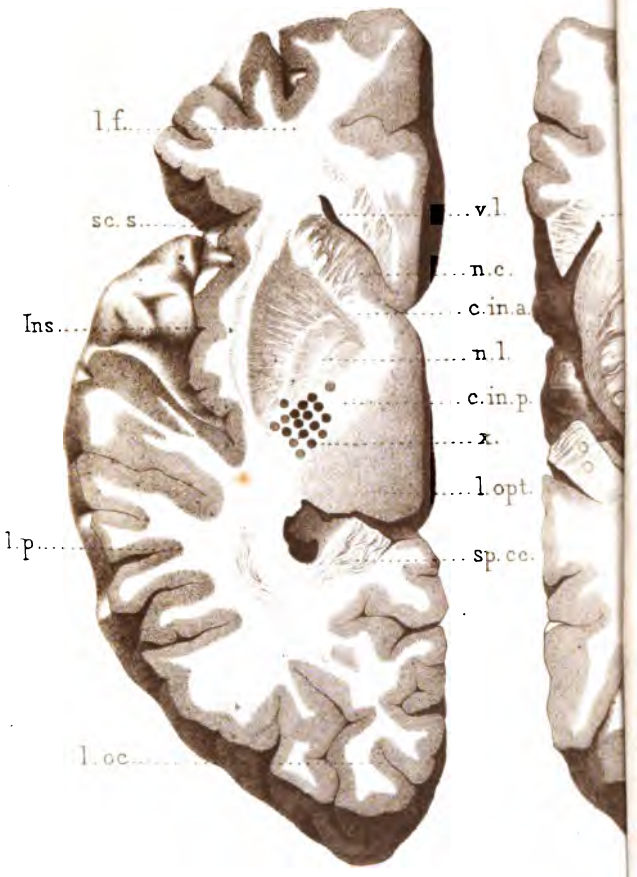


Fig. 3.

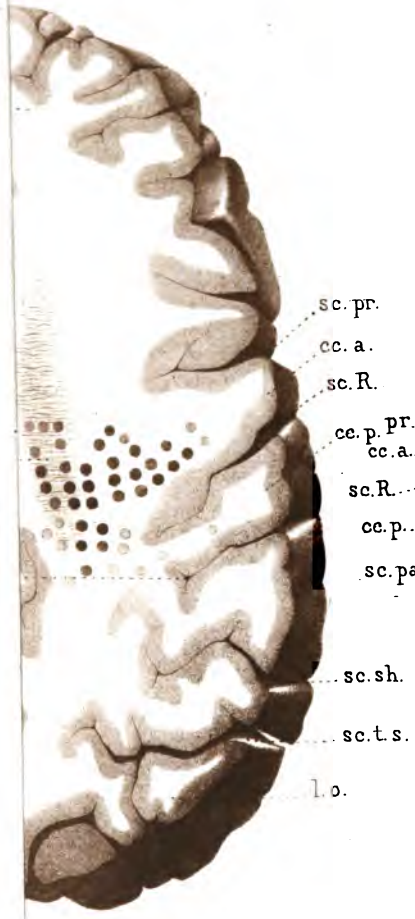
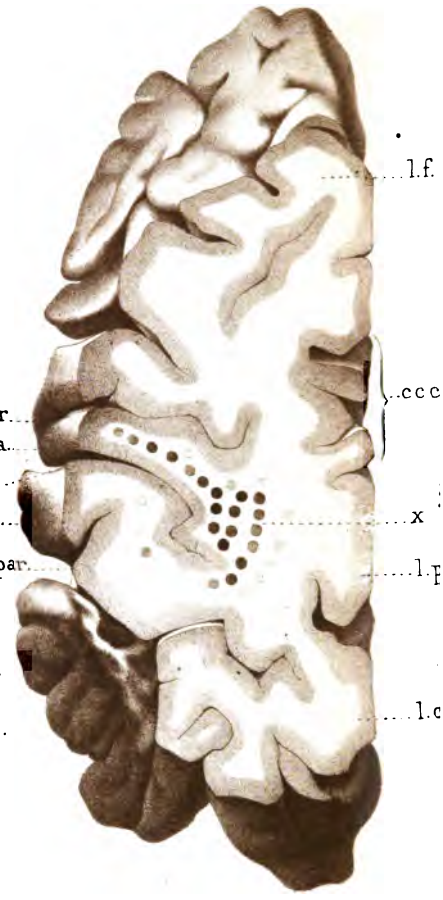



Fig. 4.




Imp. Becquet fr. Paris.

## PLANCHE VII

*Fig. 3. — Coupe horizontale de l'hémisphère droit à un centimètre plus haut que la seconde.*

*L. f.*, Lobe frontal.
*L. oc.*, Lobe occipital.
*Sc. pr.*, Scissure præcentrale.
*C. c. a.*, Circonvolution centrale antérieure.
*Sc. R.*, Scissure de Rolando.
*C. c. p.*, Circonvolution centrale postérieure.
*Sc. par.*, Scissure interpariétale.
*Sc. S. h.*, Rameau horizontal de la scissure de Sylvius.
*Sc. t. s.*, Scissure temporale supérieure ou parallèle.
*C. c. c.*, Circonvolution du corps calleux.
*L. c.*, Lobule carré.
*X*, Place où ont été trouvés les corps granuleux.

*Fig. 4. — Coupe horizontale de l'hémisphère gauche à 1/2 centimètre environ plus haut que la troisième.*

*L. f.*, Lobe frontal.
*C. c. c.*, Circonvolution du corps calleux.
*L. par.*, Lobule paracentral
*L. c.*, Lobule carré.
*Sc. pr.*, Scissure præcentrale.
*C. c. a.*, Circonvolution centrale antérieure.
*Sc. R.*, Scissure de Rolando.
*C. c. p.*, Circonvolution centrale postérieure.
*Sc. par.*, Scissure interpariétale.
*X*, Place où ont été trouvés les corps granuleux.

## PLANCHE VIII

*Fig.* 5. — *Coupe horizontale de l'hémisphère droit à 1/2 centimètre plus haut que la quatrième.*

*L. f.*, Lobe frontal.
*S. f. I.*, Sillon frontal Ier.
*Sc. pr.*, Scissure præcentrale.
*C. c. a.*, Circonvolution centrale antérieure.
*Sc. R.*, Scissure de Rolando.
*C. c. p.*, Circonvolution centrale postérieure.
*Sc. par.*, Scissure interpariétale.
*C. fr. I.*, Circonvolution frontale Ire.
*L. par.*, Lobule paracentral.
*X*, Place où ont été trouvés les corps granuleux.

*Fig.* 6. — *Coupe frontale de l'hémisphère droit à travers la circonvolution centrale antérieure.*

*Sc. S.*, Scissure de Sylvius.
*Ins.*, Insula de Reil.
*L. t.*, Lobe temporal.
*A. m.*, Avant-mur.
*N. l.*, Noyau lenticulaire.
*C. A.*, Corne d'Ammon.
*C. opt.*, Couche optique.
*C. in.*, Capsule interne.
*C. c.*, Corps calleux.
*N. c.*, Noyau caudé.
*X*, Direction des faisceaux pyramidaux indiquée schématiquement.
*X'*, Fibres de ces faisceaux, qui se terminent au fond de la scissure de Rolando.

Evreux. Ch. Hérissey, imp. — 4183.

Fig. 5.

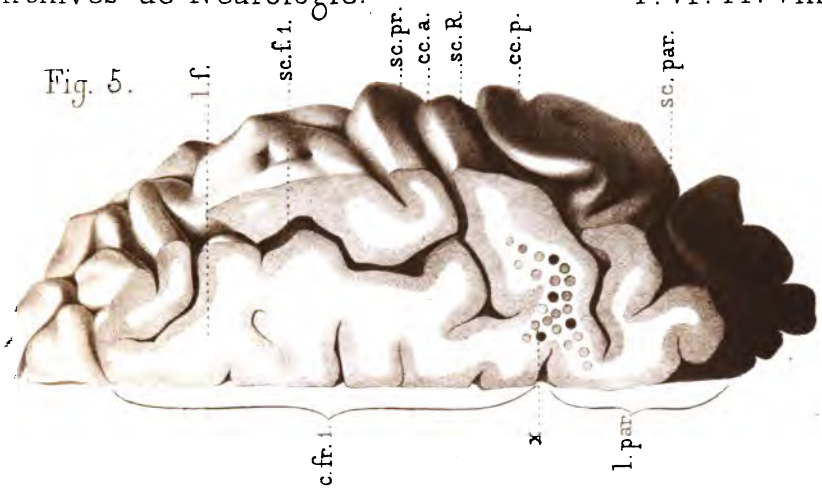
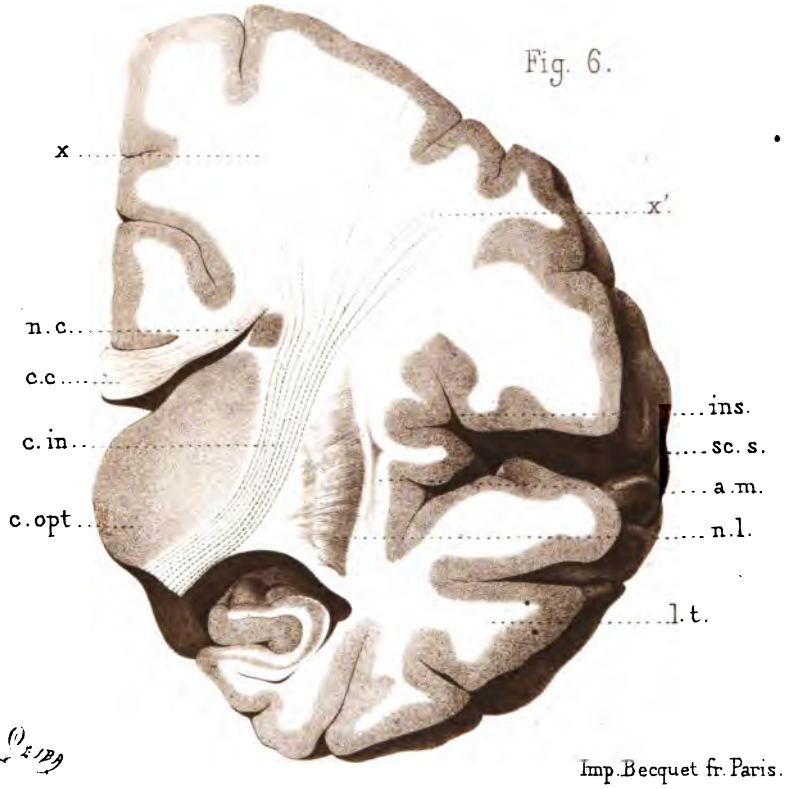



Fig. 6.




Imp. Becquet fr. Paris.

DATE DUE SLIP

UNIVERSITY OF CALIFORNIA MEDICAL SCHOOL LIBRARY

THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE
STAMPED BELOW

2m-8,'21

v.6
1883
Archives de neurologie.
8987

8987

Library of the
University of California Medical School